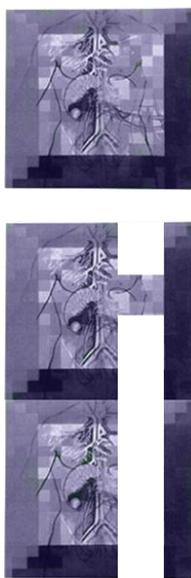


**INSTITUTO POLITÉCNICO DE SANTARÉM**



**UNIDADE DE INVESTIGAÇÃO**



**UIIPS**

**REVISTA DA UIIPS**

**NÚMERO DA ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DE SANTARÉM**

**Editores**

Diretor e Subdiretor da UIIPS

Pedro Sequeira (ESDRM, IPS)

Marília Henriques (ESAS, IPS)

**Conselho Editorial**

**Escola Superior Agrária (ESAS)**

Marília Henriques

Maria de Fátima Quedas

António Azevedo

José Grego

**Escola Superior de Educação (ESES)**

Luís Vidigal

Maria Barbas

Maria João Cardona

Susana Colaço

**Escola Superior de Saúde (ESSS)**

José Amendoeira

Isabel Barroso

Maria João Esparteiro

Maria do Rosário Machado

**Escola Superior de Desporto (ESDRM)**

Pedro Sequeira

Rita Rocha

Carlos Silva

José Rodrigues

**Escola Superior de Gestão e Tecnologia (ESGTS)**

António Lourenço

Ilídio Lopes

Vitor Costa

Jorge Faria

**Ficha Técnica**

ISSN 2182-9608

Periodicidade: 5 números por ano

Características: Politémica mas com números temáticos

Suporte: Digital

**Edição e Distribuição**

Unidade de Investigação do Instituto Politécnico de Santarém (UIIPS) <http://www.ipsantarem.pt/arquivo/5004>

**Propriedade**

<http://www.ipsantarem.pt>

## EDITORIAL

A Revista da UIIPS constitui-se numa iniciativa marcante para a consolidação da investigação no Instituto Politécnico de Santarém, assegurando aos investigadores um meio de publicação que permita a divulgação de resultados dos estudos que desenvolvem.

O número 5 da Revista da UIIPS é da responsabilidade da Escola Superior de Saúde, constituindo-se numa excelente oportunidade para a publicação de artigos que traduzem a dinâmica de investigação desenvolvida por professores, estudantes de mestrado e enfermeiros com grau de mestre.

Da missão das instituições de ensino superior, relevamos a integração entre o ensino, a extensão à comunidade e a investigação, como contexto propício ao desenvolvimento de atividades assentes numa matriz de produção e divulgação do conhecimento com utilidade para os diferentes intervenientes e, nomeadamente para a comunidade envolvente.

É nesta matriz que se inserem os artigos submetidos a este conselho editorial, num total de quinze, abrangendo diferentes áreas de especialização do conhecimento em enfermagem e resultando de processos de investigação para obtenção de grau académico e de investigação aplicada, bem como de atividades desenvolvidas no âmbito da extensão à comunidade.

Dos quinze artigos que constituem esta revista, a maioria recorrem à Revisão Sistemática de Literatura como instrumento que sustente e consolide uma prática baseada na evidência, que extravase a escola enquanto instituição formadora e, se difunda pelas organizações parceiras que embora com objetivos institucionais diferentes, possam assumir como objetivo comum promover a melhoria contínua da qualidade de cuidados de saúde e concretamente, de enfermagem.

O Conselho Editorial da Revista nº 5 da UIIPS congratula-se pela qualidade dos artigos publicados, agradecendo aos autores e aos revisores que permitiram assegurar esta qualidade.

Pensamos estarem lançadas as bases para uma continuidade crescente de produção individual e coletiva de investigação, ficando desde já o convite à preparação de novos artigos para publicação em próximo número a ocorrer no ano de 2014.

Este convite é dirigido a todos os professores, a todos os estudantes, a todos os parceiros de cooperação, com especial destaque para os que integram já o Comité para Prática Baseada na Evidência, estrutura informal que pretende constituir-se como contexto propício ao desenvolvimento da metodologia da Revisão Sistemática de Literatura para uma conseqüente prática baseada na evidência.

A todos o nosso bem haja.

O Conselho Editorial, 11 de novembro de 2013

## ÍNDICE

<b>AMAMENTAÇÃO: COMO APOIAR?</b>	<b>5</b>
Mónica Miranda; Olímpia Cruz & Teresa Margarida Carreira	
<b>A RELAÇÃO INTERPESSOAL PROMOTORA DE AUTOCUIDADO</b>	<b>20</b>
Cláudia Neves; Karla Almeida; Patrícia Martins; Sónia Canhão & José Amendoeira	
<b>AUTO CUIDADO GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO – INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA</b>	<b>36</b>
José Amendoeira; M. Fátima Cunha; M. Rosário Pinto; Mário Silva & Marta Rosa	
<b>COMUNICAÇÃO / COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA EM ENFERMAGEM: DA FORMAÇÃO À UTILIZAÇÃO PELOS ENFERMEIROS</b>	<b>55</b>
Maria Coelho & Carlos Sequeira	
<b>CONDIÇÕES DE ALIMENTAÇÃO EM CRIANÇAS DO PRÉ – ESCOLAR E 1º CICLO – PROJETO DE INVESTIGAÇÃO – AÇÃO</b>	<b>68</b>
José Amendoeira; Maria do Carmo Figueiredo; Hélia Dias; Celeste Godinho; Anabela Cândido; Cláudia Urbano & Maria Montez	
<b>CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA. O PAI. A TRANSIÇÃO PARA A PATERNIDADE – UM OLHAR, UMA PERSPETIVA</b>	<b>80</b>
Susana Ferreira; Lurdes Torcato & Teresa Carreira	
<b>CUIDANDO IMIGRANTES EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: O ACESSO AOS PAIS ATRAVÉS DOS FILHOS</b>	<b>95</b>
Alcinda Reis & Arminda Costa	
<b>CUIDAR COM A CRIANÇA E FAMÍLIA: REGISTOS DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM</b>	<b>106</b>
Regina Ferreira; Teresa Carreira & Conceição Santiago	
<b>DOR E AUTOCUIDADO: QUE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM? REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA</b>	<b>119</b>
José Amendoeira; Irene Santos; Isabel Barroso; Celeste Godinho; Cassilda Sarroeira; Marta Rosa & Gina Marques	
<b>ESCOLA PROMOTORA DE SAÚDE (EPS). ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEL: ALIMENTAÇÃO, SEXUALIDADE E SAÚDE MENTAL</b>	<b>136</b>
Maria do Carmo Figueiredo; Hélia Dias; Clara André; Olímpia Cruz; Celeste Godinho; Anabela Cândido; Conceição Santiago; Teresa Carreira & José Amendoeira	
<b>MAPAS CONCEPTUAIS NO ENSINO DE ENFERMAGEM: UMA ESTRATÉGIA DE APRENDIZAGEM</b>	<b>155</b>
Ana Spínola & José Amendoeira	
<b>O CUIDADOR DA PESSOA IDOSA DEPENDENTE: NECESSIDADE DE EDUCAÇÃO</b>	<b>167</b>
Luísa Martins; Isabel Barroso & Marta Rosa	
<b>O EMPODERAMENTO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA – ANÁLISE DE UM CONTEXTO</b>	<b>182</b>
Dina Bernardino; Isabel Barroso da Silva & Maria do Carmo Figueiredo	
<b>PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO SEXUAL EM MEIO ESCOLAR: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA</b>	<b>198</b>
José Amendoeira; Teresa Carreira; Olímpia Cruz; Hélia Dias & Conceição Santiago	
<b>SIMULAÇÃO NA EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM. CONCEITOS EM TRANSIÇÃO</b>	<b>212</b>
José Amendoeira; Celeste Godinho; Alcinda Reis; Rosário Pinto; Mário Silva & Júlia Santos	

## AMAMENTAÇÃO: COMO APOIAR?

Mónica Miranda<sup>1</sup>; Olímpia Cruz<sup>1</sup>& Teresa Margarida Carreira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Escola Superior de Saúde de Santarém/Instituto Politécnico de Santarém

### RESUMO

O desempenho de competências maternas, na qual está incluída a amamentação, é, para as puérperas primíparas, o início de um percurso marcado pela insegurança, em que o desenvolvimento de confiança é imprescindível para a formação da identidade maternal. O apoio do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica é fundamental, especialmente, após a alta hospitalar, altura em que a puérpera se depara com mais dificuldades. Este estudo representa o desenvolvimento de uma pesquisa efetuada a quatro de março de 2013, onde foi utilizada a revisão sistemática de literatura como metodologia, partindo da pergunta orientadora PI[C]O: **“Como se caracteriza o apoio dos enfermeiros especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica, após a alta hospitalar, que contribui para a manutenção da amamentação nas puérperas primíparas?”** Foram incluídos cinco estudos oriundos da pesquisa na plataforma EBSCO. Concluiu-se que as características do apoio dos enfermeiros EESMO envolvem as dimensões: física, emocional, informativa e de apreciação.

**Palavras-chave:** Apoio; Enfermagem; Amamentação; Pós-natal

## ABSTRACT

The performance of maternal skills, in which is included breastfeeding, it is for primiparous mothers, the beginning of a journey marked by insecurity, in which the development of trust is essential for the attainment of maternal identity. The midwife support is substantial, especially after discharge, when mothers face more difficulties. This study represents the development of a survey conducted in 4<sup>th</sup> march of 2013 which was used as a systematic literature review methodology, based on the guiding question PI[C]O: “ How is the midwives’ support, after discharge, that contributes for the maintenance of breastfeeding in primiparous mothers?” Five studies were included in the survey from the platform EBSCO. It was concluded that the characteristics of midwives support involves physical, emotional, informational and appraisal dimentions.

**Keywords:** Support; Nursing; Breastfeeding; Postnatal.

## INTRODUÇÃO

A proteção, promoção e suporte ao aleitamento materno são uma prioridade no que diz respeito à saúde pública em toda a Europa. Baixas taxas de iniciação do aleitamento materno ou o seu abandono precoce podem ter implicações desfavoráveis importantes para a saúde da mulher, da criança, da comunidade e do meio ambiente; além disso, resultam num aumento das despesas do Serviço Nacional de Saúde, assim como no agravamento das desigualdades em saúde. (PORTUGAL. Observatório do aleitamento materno, 2012) A proteção ao aleitamento materno é baseada na implementação plena do Código Internacional, incluindo mecanismos de aplicação do mesmo, bem como de denúncia de violações, e um sistema de monitorização, independente face a interesses comerciais, e também se baseia na legislação de proteção à maternidade que permite a todas as mães trabalhadoras amamentar, em exclusividade, as suas crianças até aos seis meses e continuar a amamentar após esse período de tempo. A promoção depende da implementação de medidas políticas nacionais e de recomendações a todos os níveis dos serviços sociais e de saúde, para que aleitamento materno seja entendido como uma norma. Um **apoio** eficaz requer empenho no sentido de estabelecer padrões de boas práticas em todas as maternidades e nos serviços/instituições pediátricas. O **apoio** a nível individual representa o acesso de todas as mulheres a serviços de apoio ao aleitamento materno, onde estão

incluídos profissionais de saúde devidamente acreditados e conselheiros em lactação, conselheiros interpares e grupos de apoio de Mãe para Mãe. O **apoio** familiar e **social** deve ser encorajado através de projetos locais e programas comunitários. (UNIÃO EUROPEIA, 2004) O **apoio** do enfermeiro especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica na manutenção da amamentação é uma competência contemplada na *Essential Competencies for Basic Midwifery Practice* (INTERNACIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES, 2010)

Atualmente, verifica-se que, a nível mundial, a prática da amamentação está muito longe de corresponder ao preconizado pela Organização Mundial de Saúde, que desde 1994, recomenda a amamentação exclusiva desde o nascimento até aos seis meses de idade da criança e a manutenção da amamentação com alimentos complementares até aos dois anos de idade ou mais, pelo que cresce a necessidade de se implementarem medidas efetivas na promoção, proteção e **apoio**. O abandono precoce da amamentação poderá ser motivado por falsos conceitos maternos, relacionados com problemas técnicos, receios, *stresse* insegurança. (GALVÃO, 2006)

Na realidade, a amamentação não é instintiva no ser humano, pelo que necessita de ser aprendida para ser prolongada com êxito e a maioria das puérperas precisa de reforço e **apoio** constantes. Os primeiros dias, após o parto, são cruciais para a amamentação, pois, é neste período que esta se estabelece. E, embora o primeiro contacto se efetue em contexto hospitalar sob os cuidados do profissional de saúde, é no ambiente doméstico que se estabelece, sob o domínio de uma teia de relações que circundam a mulher. É no interior desta realidade que as puérperas enfrentam as dificuldades inerentes ao processo, sem auxílio especializado. O facto de as mulheres enveredarem pelo caminho do abandono precoce da amamentação está na maioria das vezes relacionada com a insegurança no desenvolvimento do papel da mãe e falta de confiança em relação ao processo de amamentação. A confiança na capacidade de amamentar é, pois, fundamental, refletindo-se, positivamente, na manutenção da mesma, apesar das dificuldades que possam surgir. (BRAND; KOTHARI; STARK, 2011) Assim, para a puérpera que vivencia a amamentação pela primeira vez, a experiência pode ser permeada pela ambiguidade, estando associadas a um risco maior de interromper a amamentação exclusiva logo no primeiro mês de vida do bebé, o que poderá estar relacionado com a sua insegurança nesta “primeira viagem”. (MARTINS; VIEIRA; VIEIRA; MENDES, 2011)

A família tem uma grande influência no processo de amamentação, representando um pilar fundamental em ações de incentivo. Apresenta a sua história de vida que se vai traçando e conservando ao longo do tempo, criando a base dos conhecimentos, crenças e valores que lhes são específicos. O modelo familiar, no qual se insere o processo de socialização, determina a construção do significado da amamentação. A mãe da puérpera poderá representar um papel de grande incentivo à amamentação se durante o processo educativo da filha lhe forneceu subsídios para a prática, através dos seus exemplos de vida. Tem, então, um papel de modelo de referência, transmitindo valores, crenças e até proibições inerentes a um dado contexto sociocultural. (MACHADO; NAKANO; ALMEIDA; MAMEDE, 2004) O pai do bebé tem uma posição de interlocutor privilegiado. Cada vez mais se vem assistindo a uma mudança de atitude do pai, percebendo que é crescente o seu interesse em aumentar os seus conhecimentos, assim como, em participar mais no processo, o que se traduz num impacto positivo na duração da amamentação. Este, ao manifestar carinho e interesse pela mulher, permite acalmar as suas inquietações e proporcionar o **apoio** necessário para manter o equilíbrio e a tranquilidade fundamentais para o desenvolvimento da amamentação. O seu **apoio** verbal e os elogios são identificados, pelas puérperas, como atitudes encorajadoras que contribuem para assegurar a continuidade da tomada de decisão materna em amamentar. Também, o seu **apoio** nos cuidados ao bebé e nas atividades domésticas contribui para o alívio do cansaço físico materno, disponibilizando, à mãe, mais tempo para o ato de amamentar. (PIAZZALUNGA; LAMOUNIER, 2011) O contexto familiar é o espaço de construção dos significados e das experiências associadas à amamentação, pelo que as mulheres interpretam as dificuldades e os problemas à luz do que é valorizado nesse mesmo contexto, o que revela que esta é uma prática determinada pela natureza, mas condicionada pela sociedade e pela cultura, pelo que deve ser compreendida como um híbrido natureza-cultura. (ALMEIDA; NOVAK, 2004) Assim, a inviabilização da amamentação, apesar do forte desejo na sua efetivação, poderá estar relacionada com a falta de acesso à orientação e ao **apoio** adequado dos profissionais ou de pessoas experientes dentro ou fora da sua família. (FALEIROS, TREZZA, CARANDINA, 2006) No passado, a arte de amamentar era transmitida de geração em geração. Todo este contexto familiar dava segurança e conforto à mãe, fortalecendo a sua autoconfiança. Atualmente, há uma deslocação da tradicional transmissão de conhecimentos de mãe para filha, para um papel cada vez mais relevante dos profissionais de saúde, que parecem ser a

principal fonte de informação para as mulheres, em especial, os enfermeiros, pois são os elementos da equipa de saúde que passam mais tempo junto das mesmas. A sua atitude exerce influência no processo de amamentar. (MARINHO; LEAL, 2004) O **apoio** na amamentação implica que o enfermeiro EESMO interiorize o dever profissional de se constituir como agente de mudança, considerando a mulher e o ambiente que a rodeia como elementos centrais do sistema de saúde, e atue com responsabilidade e autonomia enquanto se envolve na construção de projetos de saúde. Pelo que, o **apoio** deve ponderar, em primeira instância, a compreensão do universo da mulher na sua individualidade para, que dessa forma, se consiga fazer uso fidedigno da articulação existente entre os conhecimentos do campo biológico com os aspetos sociais. (LEITE; SILVA, 2002) Para **apoiar** na amamentação, para além das competências técnicas e cognitivas, o enfermeiro EESMO deve ser detentor de habilidades comunicacionais. Em 1993, numa parceria entre o Fundo das Nações Unidas para a Infância e a Organização Mundial de Saúde, foi concebido o curso de treinamento em “Aconselhamento em amamentação”. Este tem como objetivo capacitar os profissionais de saúde para o desenvolvimento de competências, na área da comunicação interpessoal, que resultem na melhoria da assistência na amamentação, ajudando mães a superar dificuldades.

A temática desta pesquisa centrou-se no apoio dos **enfermeiros EESMO na amamentação**, num contexto específico da prática profissional, período pós natal, após a alta hospitalar, e com a elaboração deste estudo pretendeu-se:

- Caracterizar o **apoio dos enfermeiros EESMO**, no período pós-natal, após a alta hospitalar, que contribui para a manutenção da amamentação nas puérperas primíparas;
- Desenvolver uma pesquisa, recorrendo à revisão sistemática de literatura, orientada para a síntese do conhecimento produzido na área do **apoio dos enfermeiros** na amamentação.

## **METODOLOGIA**

A revisão sistemática da literatura foi a metodologia utilizada na pesquisa. A conceptualização teórica relacionada com a temática possibilitou um percurso que envolveu conceitos transversais à prática de enfermagem até conceitos específicos, permitindo a formulação da seguinte questão, no formato P[IC]O: “Como se caracteriza o apoio dos

enfermeiros EESMO,após a alta hospitalar, (I) que contribui para a manutenção da amamentação (O) nas puérperas primíparas (P)?”. Esta funcionou como guia orientador para a elaboração da revisão sistemática de literatura. As palavras-chave foram, posteriormente, validadas como descritores na plataforma MeSH-BROWSER (URL: <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>) com o objetivo de realizar um estudo com base em artigos científicos relacionados com a prática de Enfermagem. Relativamente à hierarquização dos descritores, assumiu-se a lógica de partir de conceitos transversais à Enfermagem como **Support** e **Nursing** até chegar a conceitos mais específicos relacionados com o estudo em causa e direcionados para a questão PI[C]O como **Breastfeeding** e **Postnatal**. No dia quatro de Março de 2013, foi realizada a pesquisa de artigos científicos através da plataforma eletrónica EBSCO (MEDLINE with full Text, Nursing & Allied Health Collection Comprehensive e Medic Latina). A opção pela utilização de um filtro cronológico de cinco anos, entre dezembro de 2007 e dezembro de 2012, teve por base a procura de artigos com evidência científica recentes que dessem resposta à questão formulada. Foram ainda definidos limitadores específicos, de acordo com as várias bases de dados, como se pode verificar no seguinte quadro:

**Quadro Nº1 – Limitadores aplicados nas bases de dados**

BASES DE DADOS	LIMITADORES DE PESQUISA
MEDLINE with full text	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Humano</li> <li>• Sexo feminino</li> <li>• Adulto: 19-44 anos</li> <li>• Resumo disponível</li> </ul>
Nursing & Allied Health Collection Comprehensive	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Texto completo em PDF</li> </ul>
Medic Latina	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Texto completo em PDF</li> </ul>

Obtiveram-se vinte e nove artigos, tendo sido excluídos quinze por se encontrarem repetidos nas diferentes bases de dados. Procedeu-se, então, à leitura dos resumos de

catorze artigos e tendo presente que se queria selecionar apenas os mais congruentes com o objeto de pesquisa, estabeleceram-se critérios de inclusão e de exclusão.

**Quadro Nº 2 - Critérios de inclusão e de exclusão dos artigos selecionados**

<b>Critérios</b>	<b>Inclusão</b>	<b>Exclusão</b>
<b>Participantes</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Mulher sem contra indicação para a amamentação</li> <li>Puérperas Primíparas</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Patologias maternas</li> <li>Mães adolescentes</li> <li>Bebés prematuros</li> <li>Bebés com patologias</li> <li>Contextos socioculturais específicos</li> </ul>
<b>Intervenção</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Apoio de enfermagem na amamentação</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Artigos que focassem, exclusivamente, o apoio de enfermagem no período pré-natal e/ou durante o internamento hospitalar</li> </ul>
<b>Desenho</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Estudos de abordagem qualitativa e/ou quantitativa</li> <li>Revisões sistemáticas de literatura</li> <li>Estudos de caso que revelavam resultados evidenciando a temática</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Todos os achados da pesquisa que não apresentavam os critérios de inclusão</li> <li>Artigos sem caráter científico</li> <li>Artigos não disponíveis na íntegra</li> </ul>

Assim, foram selecionados cinco artigos para analisar, aos quais se efetuou uma leitura aprofundada. É apresentado, na descrição dos estudos, o respetivo nível de evidência científica<sup>1</sup> de cada estudo.

<sup>1</sup>GUYATT e RENNIE (2002) propõem vários níveis de evidência: Level I: Evidence from a Systematic Reviews or Meta-analysis of all relevant randomized controlled trials (RCTs), or evidence-based Clinical Practice Guidelines based on systematic reviews of RCTs; Level II: Evidence obtained from at least one well-designed RCTs; Level III: Evidence obtained

## RESULTADOS/DISCUSSÃO

Nesta fase da revisão sistemática da literatura, procurou-se sintetizar os dados resultantes de cada estudo que possibilitassem a caracterização da intervenção pesquisada, o **apoio dos enfermeiros**.

Na Austrália, HEGNEY, FALLON e O'BRIEN (2008) (evidência nível IV), levaram a cabo um estudo, motivados pela inquietação de que o abandono precoce da amamentação poderia estar relacionado com as dificuldades com que as mulheres se deparam no decorrer da mesma. A finalidade do estudo prendia-se com a identificação de fatores de capacitação das mulheres que mantêm a amamentação exclusiva até aos seis meses de idade do bebé, apesar de experienciarem grandes dificuldades. A metodologia utilizada foi a quantitativa, na colheita de dados sociodemográficos, e a qualitativa, tendo sido aplicada uma entrevista semiestruturada, de forma a serem exploradas as experiências de quarenta mulheres que apresentaram dificuldades na amamentação. Formaram dois coortes: o coorte continuação, constituído por vinte participantes que mantiveram a amamentação, exclusiva até aos seis meses de idade do bebé, e o coorte não-continuação, constituído por vinte participantes, que abandonaram a amamentação antes dos seis meses. Verificaram que certas características individuais da puérperas, tais como: determinação, flexibilidade, otimismo e perseverança em conjunto com os conhecimentos que possuem sobre os benefícios da amamentação e expectativas realistas sobre a mesma estão relacionados, positivamente, com a sua manutenção. Mas, para além disso, este grupo de puérperas contou com o **apoio** de profissionais de saúde na resolução de problemas: dores nos mamilos, dificuldades na adaptação do bebé à mama, perceção de pouco leite. Concluíram, também, que as mulheres que possuem expectativas pouco realistas sobre a amamentação tinham tendência para o seu abandono precoce, pois, na realidade, estavam pouco preparadas para o impacto das dificuldades e, para além disso, optaram por resolver os seus problemas, sem efetuarem nenhum pedido de apoio profissional, pois o que sentiram da parte dos profissionais de saúde foi pressão para a prática de amamentar, aumentando, assim, os seus sentimentos de inabilidade. Ambos os coortes revelaram ter contado com o apoio do pai do bebé. Referiram, ainda, que o sentimento de falta de confiança está quase sempre presente na prática de amamentar e na perceção de estarem a desempenhar, corretamente, o papel de

---

from well-designed controlled trials without randomization; Level IV: Evidence from well-designed case-control and cohort studies; Level V: Evidence from systematic reviews of descriptive and qualitative studies; Level VI: Evidence from a single descriptive or qualitative study; Level VII: Evidence from the opinion of authorities and /or reports of expert committees

mãe. Assim, os autores sugeriram que os profissionais de saúde deviam: ter conhecimento dos objetivos das puérperas relativamente ao projeto de amamentação, providenciar informação que reflita experiências na amamentação, disponibilizar apoio pós natal para todas as mulheres em processo de amamentação e desenvolver intervenções educacionais baseadas na interação com o propósito de incrementar as competências maternas.

Num estudo efetuado na Suécia, verificou-se que possibilitar a permanência do pai junto da puérpera durante todo o internamento num “hotel care” ou “family suites” aumentava o sentimento de segurança, pois existia uma partilha dos cuidados ao bebé. Os “hotel care” são locais concebidos para nascimentos de baixo risco, onde enfermeiras EESMO têm um papel central no incremento do sentimento de segurança das mulheres, no período pós-natal. Aqui, o parceiro podia estar próximo revelando-se interessado e envolvido, fornecendo **apoio emocional** e **apoio físico**, verificando-se, que, no regresso a casa, o pai mantinha o mesmo tipo de comportamento, assegurando as tarefas domésticas e partilhando os cuidados ao bebé, disponibilizando à puérpera mais tempo para a amamentação. Perante estes resultados, os autores consideram que o apoio individualizado ao pai, através da identificação das suas necessidades, também é muito importante e deverá ser iniciado, ainda mesmo, na fase pré-natal. Descreveram, ainda um conjunto de atitudes que devem estar subjacentes no **apoio** da enfermeira EESMO para o aumento do sentimento de segurança da puérpera. Assim, para as puérperas foi essencial serem reconhecidas pela sua individualidade, o que se demonstrou através de atitudes de flexibilidade e sensibilidade da enfermeira EESMO. A escuta ativa dos seus problemas permitiu o desenvolvimento do sentimento de segurança, assim como os elogios e encorajamento sobre o aperfeiçoamento das habilidades maternas. Foi valorizada a presença autêntica da enfermeira EESMO, com o fornecimento de informações e explicações consistentes transmitidos de forma clara. Embora, este **apoio informativo** tivesse lugar nas aulas de preparação para a parentalidade, antes do nascimento do bebé, as mulheres consideraram que deveria ser estendido ao período pós-natal, particularmente, no que diz respeito às puérperas primíparas, pois embora tenham sido informadas acerca dos problemas mais comuns, na vivência da situação depararam-se com dificuldades na sua resolução. Daí a importância do enfermeiro EESMO ao assumir um papel de referência, pois tal como o estudo revelou, as puérperas necessitam de ter alguém que possam contactar para obter ajuda e esclarecer dúvidas sobre aspetos relacionados com a sua saúde e/ou a dos bebés e que esteja disponível vinte e quatro horas

por dia, após o regresso a casa. Mesmo as puérperas que não referiram dúvidas durante esse período, declararam que facto de saberem que poderiam usufruir de **apoio** por parte da enfermeira EESMO foi suficiente para aumentar o seu sentimento de segurança. (PERSSON; FRIDLUND; KVIST; DYKESI, 2010) (evidência nível VI)

Na Austrália, num hospital que assegura os cuidados pós natais das puérperas após o regresso a casa, foi efetuado um estudo, com a finalidade de conceber, implementar e avaliar estratégias para contribuíssem para a qualidade dos cuidados pós-natais. Nesta organização, existia um programa denominado “*Midwifery Support Program*” que compreendia a realização de visitas domiciliárias por enfermeiras EESMO a todas as puérperas, após a alta hospitalar. Faziam parte integrante dos recursos humanos hospitalares enfermeiras EESMO conselheiras em aleitamento materno. Após terem constituído um grupo de trabalho, empregaram um conjunto de intervenções multifacetadas mobilizadas por estratégias diversas, sendo as duas principais: a criação de uma sala, denominada sala dos pais, onde era feito aconselhamento sobre a amamentação, orientação nos cuidados ao bebé e outros aspetos sobre a parentalidade relacionados com as necessidades dos pais, durante cinco horas ininterruptas. Aqui, era dado ênfase à escuta ativa; realização da consulta individual, designada por “tempo de um para um”, onde eram destinados vinte a trinta minutos ininterruptos, uma vez por dia, para efetuar uma avaliação pós-natal centrada nas necessidades das mulheres com entrega de informação escrita sobre a técnica da amamentação, prevenção e resolução dos problemas mais comuns. Após a realização do estudo, os autores (SCHMIED; COOKE; GUTWEIN; STEINLEIN; HOMER, 2009) (evidência nível III) constataram que as enfermeiras EESMO continuam a necessitar de desenvolver as suas habilidades comunicacionais, pois permanecem na transmissão de informação de forma didática ao invés de recorrerem à interação. De qualquer modo, as intervenções contribuíram para o aumento das taxas de amamentação exclusiva no hospital e após o regresso casa o que vai ao encontro do estudo efetuado por HEGNEY, FALLON e O'BRIEN (2008)(evidência nível IV) que verificaram que o **apoio** de profissionais de saúde na resolução de problemas, contribuiu para a manutenção da amamentação.

Numa meta-análise efetuada por CHUNG, RAMAN, TRIKALINOS, LAU, IP (2008) (evidência nível I) para determinar a efetividade das intervenções dos cuidados de saúde primários para promover a amamentação, relacionando-as com os ganhos em saúde para as crianças e para as mães, obtiveram-se os seguintes achados: a combinação de intervenções dos profissionais

de saúde, nos períodos pré e pós-natal, com a inclusão dos pares pode ser benéfica e aumentar as taxas de iniciação e manutenção da amamentação. A variedade de intervenções encontradas levou a que tendo em conta o presente estudo, fossem relatadas algumas que envolviam o período pós-natal: visita domiciliária por enfermeira EESMO; formação direcionada para enfermeiras EESMO sobre o desenvolvimento de competências comunicacionais e de aconselhamento; consultas de “follow-up” efetuadas por enfermeiras EESMO, através de contacto telefónico quarenta e oito horas após o parto e da visita domiciliária ao terceiro dia da vida do bebé.

Num estudo efetuado, na Finlândia (HANNULA; KAUNONEN; TARKKA, 2008) (evidência nível V) com o objetivo de descrever como a amamentação é apoiada profissionalmente durante a gravidez, na maternidade e período pós-natal e a efetividade das intervenções que apoiam a amamentação, obtiveram-se os seguintes resultados correspondentes ao período pós-natal: foram utilizadas várias estratégias, sendo as mais comuns a visita domiciliária e o contacto telefónico. O apoio resultou de uma combinação entre profissionais de saúde e entre pares. Considerou-se que o papel dos profissionais de saúde na promoção da amamentação era fundamental, pois as mulheres tinham mais probabilidade de amamentar se o apoio, baseado no encorajamento, fosse disponibilizado por um profissional bem treinado. O encorajamento na amamentação conduzia à indução de sentimentos confiança nas suas competências maternas. Assim, a formação dos profissionais tem de passar pelo domínio de competências científicas, técnicas e relacionais, em que as habilidades comunicacionais devem fazer parte do seu repertório de forma a estarem aptos para apoiar as puérperas no processo de amamentação. Neste estudo, determinaram-se como mais efetivas as intervenções que foram canalizadas para todos os períodos do ciclo gravídico-puerperal, que envolvem vários métodos educacionais, em que o apoio é veiculado por profissionais, bem treinados, e por pares.

## **CONCLUSÃO**

**O apoio dos enfermeiros EESMO** é essencial para a manutenção da amamentação nas puérperas primíparas. A abordagem efetuada pelos enfermeiros EESMO deve ser sustentada por um **apoio físico, emocional, informativo e de apreciação**. Este deve reconhecer que, apesar de as puérperas possuírem educação pré-natal e, como tal, possuírem conhecimentos sobre diversas temáticas, como, por exemplo a amamentação, as

dificuldades manifestam-se de igual modo para elas quando confrontadas com as reais vivências do puerpério. Isto implica que o apoio do enfermeiro EESMO se efetue de forma continuada após o regresso a casa, com a presença autêntica para que possa ajudar a ultrapassar dificuldades e resolver problemas, isto é, **apoio físico**. O **apoio emocional** implica o estabelecimento de uma relação de confiança, baseada nas necessidades individuais e preocupações específicas das puérperas, que por sua vez estão intimamente relacionadas com o seu contexto sociocultural. O **apoio informativo** deve ser veiculado através de informações consistentes e sem contradições no discurso, recorrendo à interação, permitindo que a perceção da puérpera sobre o processo seja efetuada de forma inequívoca. O **apoio de apreciação** passa pelo encorajamento e elogios das habilidades maternas, para que as puérperas percecionem que estão a desempenhar corretamente o seu papel de mãe, promovendo o desenvolvimento da autoconfiança para viver a experiência da amamentação. Contudo, o apoio na amamentação não se pode centrar, única e exclusivamente, na díade mãe-filho; a família deve ser envolvida, pelo papel que representa junto da puérpera. Conhecer a realidade da família requer uma colheita de informações sobre a sua história de vida e recursos utilizados, bem como as necessidades e potencialidades da família em partilhar responsabilidades. Considerar a família como parte essencial no apoio à amamentação constitui um princípio para a construção de uma nova conceção do apoio à amamentação. Assim, os programas de incentivo à amamentação devem inserir o pai nas atividades educativas e de orientação, nas quais os enfermeiros EESMO escutam e esclarecem as suas dúvidas, fazendo com que o pai se torne um incentivador e uma fonte de apoio da puérpera durante a amamentação, exercendo assim uma influência positiva neste processo. É importante para a manutenção da amamentação, a existência de um serviço de referência de fácil acesso, com disponibilidade para resolver problemas imediatos, na medida que estes vão surgindo no decorrer da prática de amamentar.

## **BIBLIOGRAFIA**

ALMEIDA, João Aprígio Guerra; NOVAK, Franz Reis – Amamentação: um híbrido natureza-cultura. **Jorn. Pediat.** Rio de Janeiro. (2004) p.bS119-S125.

BRAND, E.; KOTHARI, C.; STARK, M.. Factors Related to Breastfeeding- Discontinuation Between Hospital Discharge and Two Weeks Postpartum. **Journ.Perin. Educ.** Winter (2011). Volume 20, number 1.p.36-44.

CHUNG, M.; RAMAN, G.; TRIKALINOS, T.; LAU, J.; IP, S.. Interventions in Primary Care to Promote Breastfeeding: An Evidence Review for the U.S. Preventive Services Task Force. Clinical Guidelines. **Amer.Col. Phys.** [Em linha] Nº 8 (2008) [Consult. 2013-03- 04]. Disponível em WWW:URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=673da01a-5ceb-4613-92f9-8c81090b9980%40sessionmgr13&vid=1&hid=18>

FALEIROS, F.T.V; TREZZA, E.M.C.; CARANDINA, L.- Aleitamento Materno: fatores de influência na sua decisão e duração. **Rev. Nutr.** Em linha] Nº19(5)(2006)[Consult. 2012-06-14]. Disponível em WWW:URL:<http://www.scielo.br/pdf/rn/v19n5/a10v19n5.pdf>

GALVÃO, Dulce. (2006). **Amamentação Bem Sucedida: Alguns Fatores Determinantes.** Loures, Lusociência.

HANNULA, L.; KAUNONEN, M.; TARKKA, M..A systematic review of professional support interventions for breastfeeding.**Journ. Clin. Nurs.** [Em linha] (2008) [Consult. 2013-03-04].Disponível em:WWW:URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=e3a5c86a-83a4-4e3e-a474-15786fdfe2d7%40sessionmgr14&vid=1&hid=18>

HEGNEY, D.; FALLON, T.; O'BRIEN, M.. Against all odds: a retrospective case-controlled study of women who experienced extraordinary breastfeeding problems. **Journ. Clin. Nurs.** [Em linha]. (2008) [Consult. 2013-03-04] Disponível em WWW:URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=aa989163-209a-4be2-ae00-31a27ce0ca72%40sessionmgr12&vid=1&hid=18>

INTERNACIONAL CONFEDERATION OF MIDWIVES (2010).**Essential Competencies for basic Midwifery Practice.**[consult.2013-01-20] Disponível em: URL:[http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/standards/en/R430\\_ICM\\_2011\\_Essential\\_Compencies\\_2010\\_ENG.pdf](http://www.unfpa.org/sowmy/resources/docs/standards/en/R430_ICM_2011_Essential_Compencies_2010_ENG.pdf)

LEITE, Adriana Moraes; SILVA, Isília Aparecida. - Reflexões sobre o aconselhamento em amamentação na perspectiva da comunicação humana. **8ºSimpósio Brasileiro de Comunicação em Enfermagem.** [Em linha] São Paulo (2002). [Consult.2012-04-18]. Disponível em: WWW:

URL:<http://www.proceedings.scielo.br/pdf/sibracen/n8v2/v2a078.pdf>

MACHADO, A. M.; NAKANO, A. S.; ALMEIDA, A. M.; MAMEDE, M. V. – O lugar da mãe na prática da amamentação de sua filha nutriz: o estar junto. **Rev. Bras. Enferm.** [Em linha]. Nº57 (2004)[consult.2012-03-08]

Disponível em WWW:URL:<http://www.scielo.br/pdf/reben/v57n2/a10v57n2.pdf>

MARINHO, Carla; LEAL, Isabel Pereira – Os profissionais de saúde e o aleitamento materno: um estudo exploratório sobre as atitudes de médicos e enfermeiros. **Psicologia, saúde e Doenças.** [Em linha]. Nº5(1),(2004)[Consult.2012-02-23].

Disponível em:<http://www.scielo.gpeari.mctes.pt/pdf/psd/v5n1/v5n1a07.pdf>

MARTINS, C. C.; VIEIRA, G. O.; VIEIRA, T. O.; MENDES, C. M. – Fatores de risco maternos e de assistência ao parto para interrupção precoce do aleitamento materno exclusivo: estudo de coorte. **Rev. Baian. Saúd. Públ.** Bahia.v.35, supl.1, (2011) p.167-178

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAUDE; FUNDO DAS NAÇÕES UNIDAS PARA A INFÂNCIA (1993). **Aconselhamento em amamentação: Um curso de treino. Manual do participante.** São Paulo: Autor.

PERSSON, E. K.; FRIDLUND, B.; KVIST, L. J.; DYKES, A.. Mother's sense of security in the first postnatal week: interview study. **Journ. Adv. Nurs.** [Em linha](2010).[Consult. 2013-03-04] disponível:

WWW:URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=431a1fd9-e754-4a2c-9bcb-9233db29ed6f%40sessionmgr11&vid=2&hid=18>

PIAZZALUNGA, Cleise dos Reis Costa; LAMOUNIER, Joel Alves. O contexto atual do pai na amamentação: Uma abordagem qualitativa. **Rev. Med. Minas Gerais.** [Em Linha]. Nº21(2)(2011). [consult.2012-06-20].

Disponível em WWW:<http://rmmg.medicina.ufmg.br/index.php/rmmg/article/view/361/346>

PORTUGAL. Direção Geral de Saúde. Observatório do Aleitamento Materno – **Registo do Aleitamento Materno-relatório julho de 2010-junho de 2011.** Divisão de Saúde Reprodutiva. Mama Mater.fevereiro 2012

UNIÃO EUROPEIA, Dublin, 2004 – **Conferência da União Europeia. Proteção, promoção e suporte ao aleitamento materno na Europa: um projeto em ação.**Dublin: Castelo de Dublin, 2004. 40p.

SCHMIED, V.; COOKE, M.; GUTWEIN, R.; STEINLEIN, E.; HOMER, C..An evaluation of strategies to improve the quality and content of hospital-based postnatal care in a metropolitan Australian hospital.**Journ.Clin.Nurs.**18 (2009) [Consult. 2013-03-04].

Disponível:

WWW:URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=1526b9ca-1145-438e-b09c-ece72635e632%40sessionmgr11&vid=1&hid=18>

## A RELAÇÃO INTERPESSOAL PROMOTORA DE AUTOCUIDADO

Cláudia Neves<sup>1</sup>; Karla Almeida<sup>1</sup>; Patrícia Martins<sup>1</sup>; Sónia Canhão<sup>1</sup>& José Amendoeira<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Santarém. Mestradas do 4º Mestrado em Enfermagem da ESSS

<sup>2</sup>Escola Superior de Saúde – Instituto Politécnico de Santarém. Investigador da UiIPS. Coordenador da UMIS; Investigador do CIIS/UCP

### RESUMO

**PROBLEMÁTICA:** Situações de dependência surgem, exigindo da Enfermagem intervenções para promover a autonomia e apoiar aqueles que terão que assumir o papel de cuidador principal em contexto domiciliário. Esta participação é complexa, sendo o empowerment importante na profissão de enfermagem, para de promover o autocuidado. A relação interpessoal enfermeiro-família é fundamental para a qualidade dos cuidados prestados, pelo que o enfermeiro desenvolve as suas intervenções de modo autónomo, na base da educação, condução e orientação do processo de cuidar.

**OBJETIVO:** Conhecer a evidência científica no que se refere à relação interpessoal como promotora do *empowerment* nos cuidadores principais de pessoas com défice de autocuidado.

**MÉTODOS:** Revisão Sistemática da Literatura pelo método PI[C]OD. Foram incluídos dois estudos a partir da pesquisa em bases de dados electrónicas (EBSCO).

**RESULTADOS:** Os estudos mostram que os utentes e seus cuidadores necessitam de instrução adicional, apoio e cuidados de acompanhamento. Os Cuidadores são um grande apoio no autocuidado do utente. Ambos estão vulneráveis e a sua participação nos cuidados deve ser tida em conta pelos profissionais de saúde, capacitando-os para o fazer. A relação de ajuda, comunicação e relação interpessoal são de extrema importância na tomada de decisão.

**Palavras-chave:** Enfermagem, Cuidadores Principais, Autocuidado, Relações Interpessoais, *Empowerment*.

## **ABSTRACT**

**PROBLEM:** Severe dependence arise, requiring nursing interventions to promote independence and support those who will have to assume the role of primary caregiver in home context. This participation in care is complex, and empowerment an important tool in the nursing profession, to promote self-care. The nurse-family interpersonal relationship is fundamental to the quality of care, and the nurse develops its operations autonomously, on the basis of education, counseling and guidance of caring.

**OBJECTIVE:** To know the scientific evidence regarding the interpersonal relationship as a promoter of empowerment in the main caregivers of people with self-care deficit.

**METHODS:** We included two studies from research in electronic databases (EBSCO).

**RESULTS:** The studies show that the users and their caregivers need further instruction, support and follow-up care. Caregivers are great support in self-care of the wearer. Both are vulnerable and their participation in care should be taken into account by health professionals, providing the necessary tools to be able to do so. The aid relationship, communication and interpersonal relationship are of utmost importance in decision making.

**Keywords:** Nursing, Caregivers, Self-care, Interpersonal Relations, Empowerment

## **INTRODUÇÃO**

A Enfermagem Avançada promove o desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem através da concepção teórica e da reflexão sistemática. Iremos aplicar a metodologia PI[C]OD, utilizando a Revisão Sistemática da Literatura, a partir da prática empírica dos nossos contextos profissionais de forma a promover a reflexão na prática baseada na evidência.

A prática baseada na evidência revela uma metodologia de capacitação dos profissionais de saúde facultando a ligação entre a pesquisa e a prática profissional, valorizando a utilização de estudos desenvolvidos com rigor metodológico para o aprofundamento de novas competências de investigação na área de enfermagem. A visibilidade dos resultados produzidos num período de tempo mais curto é uma mais-valia no processo de mudança da

Enfermagem. A Revisão Sistemática da Literatura abre-nos portas a novas dimensões de conhecimento que ajuda a Enfermagem a evoluir.

A essência da Enfermagem está no “cuidar” que se manifesta num encontro entre a pessoa que é cuidada e pessoas que cuidam. Este produz um resultado terapêutico, permitindo acompanhar e ser acompanhado por alguém que nos transmite confiança e esperança<sup>(9)</sup>.

Uma das consequências do envelhecimento demográfico é o aumento de pessoas em situação de dependência e das suas famílias que necessitam de adquirir competências para lidarem com essa situação<sup>(18)</sup>.

O presente trabalho teve como ponto de partida a elaboração de narrativas de ação, baseada na metodologia de reflexão sobre a prática. Após a análise das narrativas, estas foram agrupadas por temáticas e constituíram-se grupos de trabalho para as desenvolver. Nesta terceira fase emergiu a temática de estudo, nomeadamente: “Cuidadores e centralidade da pessoa no processo de cuidar”; salientando-se da leitura grupal das narrativas a relevância da relação interpessoal como promotora do *empowerment* nos cuidadores principais de pessoas dependentes.

Surgiu uma necessidade de aprofundar os nossos conhecimentos em relação a esta problemática através de uma Revisão Sistemática da Literatura.

Após a leitura partilhada de todas as narrativas de ação, foram identificadas as semelhanças e convergências de conceitos essenciais à problemática em estudo, construindo-se dessa forma a concetualização. Posteriormente, elaborou-se a metodologia onde foi descrito o protocolo de pesquisa e, por fim, após a leitura e análise dos artigos seleccionados, foram mobilizadas reflexivamente as evidências encontradas, dando resposta à questão PI[C]OD, relacionando com a concetualização e com a prática de cuidados.

Esta Revisão Sistemática da Literatura tem como objectivo conhecer a evidência científica no que se refere à relação interpessoal como promotora do *empowerment* nos cuidadores principais de pessoas com défice de autocuidado.

A profissão de enfermagem pretende ajudar a pessoa doente ou saudável a conseguir a independência tão rapidamente quanto possível, no desempenho das actividades que contribuem para a sua saúde – o autocuidado<sup>(13)</sup>. Este modelo assenta na capacidade que as pessoas têm para cuidar de si próprios.

O enfermeiro, no seu exercício profissional, utiliza a relação interpessoal, no sentido de promover a autonomia e, também, a ajudar os cuidadores principais a se sentirem

capacitados no processo de cuidar o outro com déficit de autocuidado através do conhecimento científico e pensamento sistemático.

O *empowerment* surge como resultado dessa capacitação, realizada pelo enfermeiro ao outro. É, também, promotor da relação terapêutica, permitindo a participação nos cuidados de saúde e tomada de decisão da pessoa e seus cuidadores.

O Modelo de Sinergia enuncia as características que, tanto utentes como enfermeiros devem adquirir, para que o *empowerment* seja concretizado da melhor forma. A atenção que o enfermeiro deve ter na sua relação com o utente/cuidador em relação a essas características prende-se com a necessidade de o capacitar para que participe nos cuidados com o objectivo de se conseguirem os melhores resultados.

Os cuidadores principais são os que, muitas vezes, asseguram a continuidade de cuidados. Pela complexidade destes cuidados, os cuidadores devem ser empoderados, pelo enfermeiro, com conhecimentos que promovam o autocuidado. A relação interpessoal enfermeiro - família é indispensável para a qualidade dos cuidados prestados à pessoa, sendo que o enfermeiro desenvolve as suas intervenções, de modo autónomo, na base da educação, condução e orientação do processo de cuidar.

As situações de dependência surgem, surpreendendo o utente e aqueles que lhe são mais próximos, exigindo da enfermagem intervenções para promover a autonomia e apoiar aqueles que terão que assumir o papel de prestador de cuidados em contexto domiciliário.

O termo autocuidado encontra-se, na atualidade, inserido no discurso e nas práticas do enfermeiro e representa o desempenho ou a prática de atividades que os indivíduos realizam em seu benefício para manter a vida, a saúde e o bem-estar. Esta conceção é baseada no pensamento teórico de Dorothea E. Orem.

O objetivo da enfermagem é ajudar o utente doente ou saudável a conseguir a independência tão rapidamente quanto possível, no desempenho das actividades que contribuem para a sua saúde – o autocuidado<sup>(13)</sup>. Este modelo assenta na capacidade que os utentes têm para cuidar de si próprios. Segundo a autora, o autocuidado é o “cuidado pessoal diário requerido pelo indivíduo para regular o seu próprio funcionamento e desenvolvimento”<sup>(14)</sup>.

A estrutura do pensamento teórico de Dorothea Orem apresenta três vertentes teóricas, relacionadas entre si, orientadoras de um processo de cuidar que estimula a independência aos utentes que dependem de compensar de modo parcial ou total o seu potencial de

autocuidado. Sendo elas: a Teoria do Autocuidado; a Teoria do Défice do Autocuidado e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem<sup>(13)</sup>.

A Teoria do Autocuidado centra-se nas pessoas e descreve os motivos e a forma como elas cuidam de si; a Teoria do Défice de Autocuidado descreve qual a necessidade de cuidados que surgem ao longo da vida das pessoas, onde os enfermeiros podem atuar e a Teoria dos Sistemas de Enfermagem explica, de que forma é que os enfermeiros interagem com os utentes, para que se produzam cuidados de enfermagem.

As ações de enfermagem ao utente existem devido à intenção de torná-lo completo ou parcialmente capaz de saber autocuidar-se, ou para cuidar dos seus dependentes tentando controlar ou, de alguma forma, gerir fatores que possam interferir no funcionamento e desenvolvimento de si próprio ou dos seus dependentes<sup>(12)</sup>. Assim, os cuidados de enfermagem são necessários quando as necessidades de cuidado dos utentes excedem as próprias capacidades para prover essas necessidades.

Para que o enfermeiro ajude o utente com défice de autocuidado, é preciso estabelecer uma relação interpessoal com o mesmo, surgindo necessidade de aprofundar a Teoria dos Sistemas de Enfermagem.

O sistema de enfermagem é definido por Dorothea Orem<sup>(13)</sup> e por Diógenes<sup>(5)</sup> como o produto de uma série de relações que se estabelecem entre o enfermeiro e o utente com défice no autocuidado ou com cuidado dependente. Descrevem três sistemas básicos de enfermagem: totalmente compensatório, no qual a ação é totalmente levada a cabo pelo enfermeiro, que concretiza o autocuidado do utente; parcialmente compensatório, onde tanto o enfermeiro como o utente executam algumas das ações de autocuidado e o enfermeiro assiste conforme necessário, compensando as limitações do dependente e, por último, o sistema de apoio – educação, em que o utente executa o autocuidado e tanto o enfermeiro como o utente regula o exercício e o desenvolvimento da atividade de autocuidado.

Segundo Vítor *et al*, quando existe a necessidade de um cuidado de enfermagem, um sistema de enfermagem é produzido, por isso, “sistema de enfermagem é o conjunto de ações e interações dos enfermeiros e dos pacientes”<sup>(20)</sup>.

Os recursos disponíveis aos familiares cuidadores são determinantes para uma transição saudável no exercício do seu papel face à necessidade de cuidar da pessoa dependente no autocuidado<sup>(18)</sup>.

Na incapacidade de o utente executar essas ações voluntariamente e necessitar de auxílio para a satisfação das mesmas, a ajuda pode ter origem em elementos da família, amigos ou profissionais de Enfermagem.

Segundo Vítor et al “como o conceito de deficit de autocuidado refere-se à relação entre o autocuidado e a exigência de autocuidado, está contido na teoria dos sistemas de enfermagem. Ele representa a necessidade de autocuidado, a qual, quando reconhecida, ativa um sistema de enfermagem. Deste modo, para a enfermagem ser legítima, o deficit de autocuidado precisa existir”<sup>(20)</sup>.

Os enfermeiros devem possuir competências que lhe permitam responder a situações complexas de cuidados de saúde que cada vez mais são evidentes. As competências dos enfermeiros devem ser promotoras de uma efetiva continuidade de cuidados.

Esta continuidade de cuidados, por vezes no domicílio, é assegurada maioritariamente por um familiar ou um amigo do utente, a quem nós tendo em conta as necessidades do utente temos a responsabilidade de empoderar com conhecimentos que as ajudem a resolver.

Os cuidadores, dada a proximidade afectiva, e o facto de não possuírem conhecimentos específicos para prestar cuidados ao doente dependente, por isso encontrarem-se vulneráveis, sentem necessidade de aprender no domicílio.

Cerqueira<sup>(4)</sup> considera como principais necessidades dos cuidadores a obtenção de informações, relacionadas com o tipo e extensão da doença, com os sintomas, com o prognóstico, com o tratamento (da doença e dos efeitos secundários da medicação), da alimentação necessária, das necessidades físicas e psicológicas do doente, assim como reconhecer os recursos da comunidade disponíveis.

Os enfermeiros devem ter a capacidade de identificar a vulnerabilidade manifestada por estes e perceber que precisam de ajuda e orientação para apoiar o utente.

O membro da família que vivencia o papel de prestador de cuidados de uma pessoa dependente no autocuidado fica vulnerável, pela diversidade e complexidade de cuidados que tem de assumir e pelas mudanças que esta situação pode desencadear nos seus próprios processos de vida, necessitando de ajuda para planear e restabelecer as rotinas e reduzir o caos durante o período de transição<sup>(16)</sup>.

O *empowerment* permite aos utentes a mobilização de recursos cognitivos e afetivos, que conduzem a uma atitude pró-ativa de intervenção e tomada de decisão em relação à sua situação de saúde. Glanz<sup>(8)</sup>, refere-se ao *empowerment* como, a prontidão do utente para

mudar ou tentar mudar os seus comportamentos para outros mais saudáveis, a percepção que tem da ameaça que um problema de saúde representa, o reconhecimento de comportamentos recomendados para prevenir ou gerir o problema, e os processos mediante os quais absorve e utiliza a informação na sua tomada de decisão.

O Modelo de Sinergia desenvolvido pela American Association of Critical Care Nurses<sup>(2)</sup> enuncia características dos utentes às quais os enfermeiros no seu percurso profissional devem ter particular atenção.

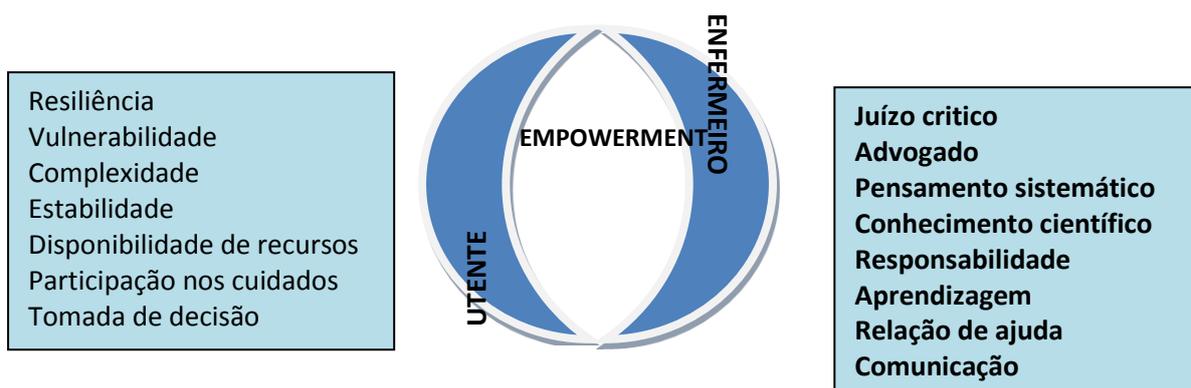


Figura 1: Modelo de Sinergia (Adaptado do Modelo de Sinergia da American Association of Critical Care Nurses)

Para Gibson<sup>(7)</sup> e Zimmerman<sup>(21)</sup> o *empowerment* é um conceito dinâmico, desenvolvido de forma diferente de acordo com a especificidade da pessoa, grupo ou comunidade e do contexto em que se insere implicando uma relação com o outro e com o ambiente que o rodeia.

A atenção que o enfermeiro deve ter na sua relação com o utente/cuidador em relação a estas características prende-se com a necessidade de o capacitar para que participe nos cuidados com o objectivo de se conseguirem os melhores resultados.

Zimmerman<sup>(21)</sup> refere também que existem três componentes do *empowerment* individual, sendo elas: Intrapessoal: vertente cognitiva – sobre o que os utentes pensam acerca de si próprios e da sua motivação e competência em determinada área; Interacional: vertente sociopolítica – capacidade para mobilizar recursos fundamentais para a intervenção de um domínio da vida para outros domínios; Comportamental: ações desenvolvidas para influenciar os objetivos do grupo/ organização.

O *empowerment* deve ser usado intencionalmente pelos enfermeiros para dar poder ao utente ou mesmo aos seus cuidadores, ganhando estes um conjunto de conhecimentos que lhe permitem desenvolver competências para promover a autonomia.

As intervenções autónomas de enfermagem mostram aqui particular importância, pois segundo Dorothea Orem estão intimamente relacionadas com as necessidades afetadas do utente, sendo que o enfermeiro atua de modo parcial ou total, mas nunca deixando de ser o condutor, educador e orientador dos cuidados ao utente.

Deste modo, o cuidado do enfermeiro ao utente/ família, de modo autónomo, tem por foco de atenção a promoção dos projectos de saúde que cada um vive e persegue.

A relação interpessoal estabelecida com o utente e família é fundamental para a qualidade dos cuidados prestados.

Segundo Almeida et al<sup>(1)</sup> para que um relacionamento interpessoal seja satisfatório é fundamental que o enfermeiro esteja atento às suas próprias necessidades e desenvolva um processo de autoconhecimento, uma vez que é difícil interagir com o outro sem sermos capazes de compreendermos a nós mesmos.

A mesma autora refere ainda que existem três elementos cruciais que compõem o modelo de cuidados baseados na relação: Relação de prestadores de cuidados com “pacientes”/famílias; Relação de prestadores de cuidados consigo próprios e Relação de prestadores de cuidados com colegas.

Quando um membro de uma família adoece ou sofre de alguma incapacidade, a família reagirá de modo a prestar-lhe apoio. Uma das formas de proporcionar este apoio consiste na adjudicação de um cuidador principal. Este é descrito como: “aquela pessoa que realiza mais de metade das tarefas relativas ao transporte, às lides domésticas, à preparação de comidas, às lavagens de roupa, aos cuidados pessoais e/ou de suporte financeiro (incluindo o aluguer de habitação e similares gestões não monetárias), e em que o indivíduo afectado seja dependente”<sup>(11)</sup>. É aquele sobre quem recai a maior responsabilidade, e que, não é remunerado pelos serviços que presta<sup>(10)</sup>.

A continuidade de cuidados é, muitas vezes, assegurada no domicílio por cuidadores que, pela complexidade de cuidados, devem ser empoderados, pelo enfermeiro, com conhecimentos que promovam o autocuidado. A relação interpessoal enfermeiro - família é fundamental para a qualidade dos cuidados prestados ao utente, sendo que o enfermeiro

desenvolve as suas intervenções, de modo autónomo, na base da educação, condução e orientação no Processo de Cuidados.

Este é entendido como um processo de interação, onde o centro de interesse é a pessoa e onde o profissional possui conhecimentos específicos que lhe permitem fazer o diagnóstico e o planeamento do cuidado, que ele próprio executa e controla<sup>(3)</sup>. Envolve uma relação interativa entre o utente e o enfermeiro, com a participação ativa do utente e seus familiares na tomada de decisão sobre a sua saúde e cuidados. Deve ter em conta o desenvolvimento de estratégias para prevenir, minimizar e corrigir problemas de saúde, envolvendo o cuidador principal na continuidade de cuidados.

A centralidade na pessoa e a natureza da ação são duas características essenciais no processo de cuidados, na medida em que este é extremamente complexo, assim como é complexa a noção de cuidado profissional de enfermagem. Implícitos no seu desenvolvimento e implementação estão o conhecimento pessoal dos enfermeiros sobre as necessidades dos seres humanos quando se deparam com alguma alteração em seu estado de saúde; o raciocínio lógico; o uso de novas e avançadas tecnologias, introduzidas a cada dia na área da saúde; a empatia; a experiência, habilidade e autenticidade no relacionamento interpessoal; a perícia ou destreza manual no desempenho das ações de cuidado; o comportamento ético, a sensibilidade e a expressão de emoções tais como compaixão e solidariedade humanas<sup>(6)</sup>.

Após a reflexão da nossa prática e da clarificação de conceitos emergiu a seguinte pergunta:

**- A relação interpessoal (I) promove o empoderamento (O) nos cuidadores principais de pessoas com défice de autocuidado (P)?**

Para a realização da revisão sistemática de literatura, com base na conceptualização teórica, definiram-se palavras-chave.

Todas são descritores na Mesh Browser, à excepção da palavra *empowerment*. No entanto, tendo em conta a sua relevância no que respeita ao tema em foco, foi sempre tida em conta e desenvolvida no quadro teórico.

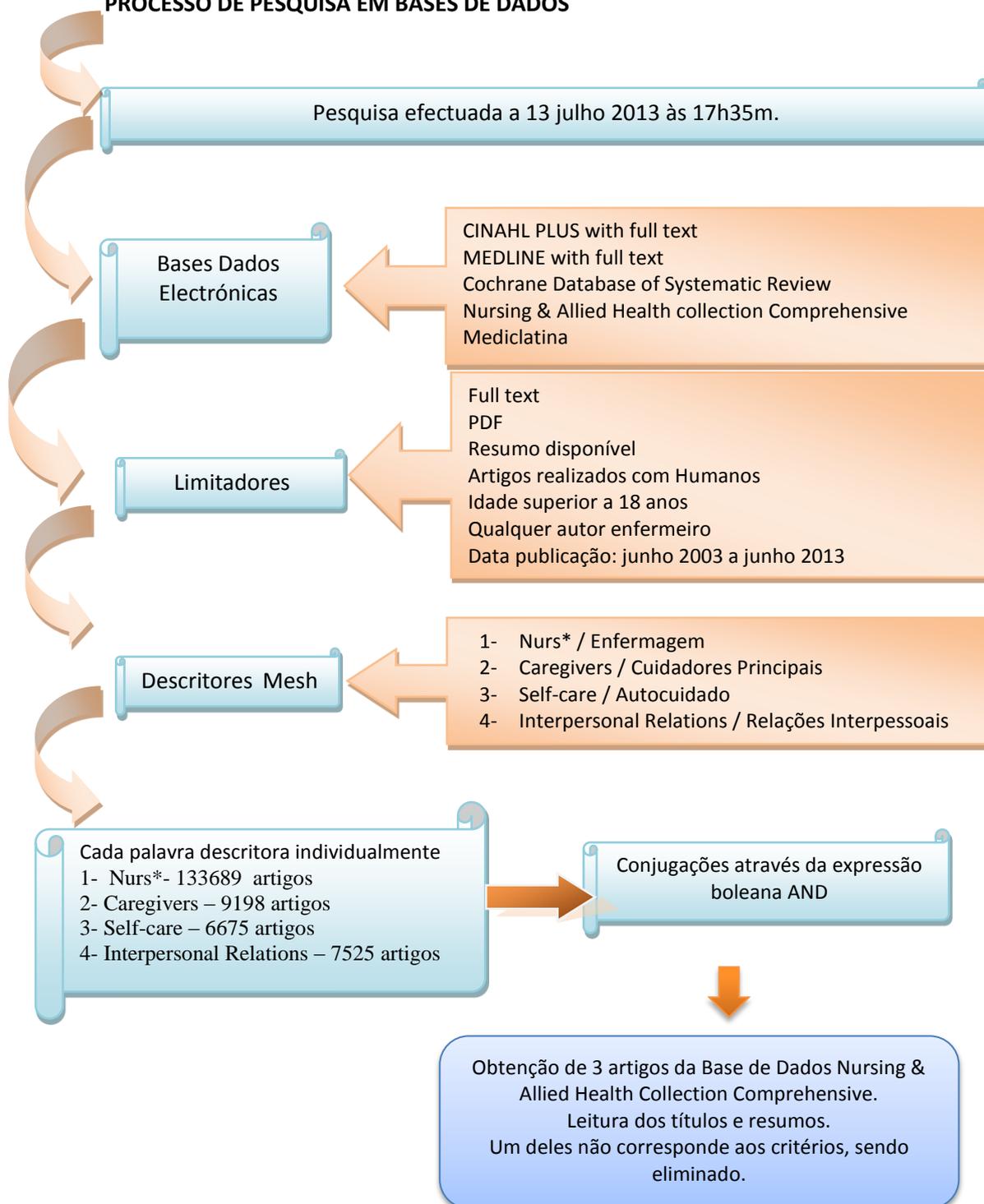
**Quadro 1: Descrição das palavras-chave e a hierarquia dos descritores**

		Palavras-Chave	Descritores
<b>População</b>	Cuidadores Principais	Enfermagem Cuidadores principais Autocuidado Relações Interpessoais Empowerment	1- Nurs* 2 - Caregivers 3 - Self-care 4-Interpersonal Relations
<b>Intervenção</b>	Intervenções Autónomas		
<b>Outcomes</b>	Empowerment		
<b>Desenho</b>	Qualitativo/Quantitativo		

**Quadro 2: Definição dos critérios de inclusão e exclusão**

Critérios de Inclusão e Exclusão	
<b>P – Participantes</b>	<b>Cuidadores principais</b> – adultos com idade superior a 18 anos, podendo ser familiar ou não, excluindo cuidadores de Lares, Casas de Acolhimento e Centros de Dia.
<b>I – Intervenções</b>	<b>Intervenções autónomas</b> – educação para a saúde ao cuidador principal, que não pode ser portador de doença mental.
<b>D – Desenho de Estudo</b>	A evidência científica pode ter sido obtida através de abordagens qualitativas ou quantitativas.

## PROCESSO DE PESQUISA EM BASES DE DADOS



Assim, iniciou-se a realização de fichas de caracterização dos artigos escolhidos:

Artigos seleccionados:

- 1 - "Patients, intimate partners and family experiences of implantable cardioverter desfibrillators: qualitative systematic review".
- 2 - "The effects of perceived social support on quality of life in patients awaiting coronary artery grafting and their partners: Testing dyadic dynamics using the Actor-Partner Interdependence Model".

Figura 2: Processo de pesquisa em bases de dados

**Quadro3: Ficha de caracterização dos artigos seleccionados**

TITULO	AUTOR E DATA DE EMISSÃO	DESENHO	RESULTADOS
Patients, intimate partners and family experiences of implantable cardioverter defibrillators: qualitative systematic review	Domingo Palacios-Ceña et al Journal of Advanced Nursing 5 março 2011	Revisão sistemática da Literatura	Os resultados deste estudo mostram que os utentes e seus cuidadores necessitam de instrução adicional, apoio e cuidados de acompanhamento após a alta hospitalar. Ambos estão vulneráveis e a sua participação nos cuidados deve ser tida em conta pelos profissionais de saúde, dando as ferramentas necessárias para que sejam capacitados para o fazer. A relação de ajuda, comunicação e relação interpessoal são de extrema importância na tomada de decisão.
The effects of perceived social support on quality of life in patients awaiting coronary artery bypass grafting and their partners: Testing dyadic dynamics using the Actor-Partner Interdependence Model	Patricia Thomson, Gerard J. Molloby and Misook L. Chung Psychology, Health & Medicine janeiro 2012	Estudo Transversal	Os resultados deste estudo mostram que os utentes e cuidadores necessitam de apoio social para o autocuidado. Cuidadores são um grande apoio no autocuidado do utente. Precisam do apoio da sua rede social e de profissionais de saúde para realizar o seu papel de cuidador e para ajudar a manter a sua saúde física e mental.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Partimos da questão PI[C]OD: **A relação interpessoal (I) promove o empoderamento (O) nos cuidadores principais de pessoas com défice de autocuidado (P)?**

Após os artigos encontrados, seleccionados e analisados, refletimos, sobre os mesmos, pretendendo acrescentar sentido, conhecimento e compreensão à praxis de enfermagem. Após a leitura e análise dos artigos seleccionados identificamos temas relacionados com o fenómeno em estudo: Vulnerabilidade; Participação nos Cuidados e Natureza da Ação.

Os cuidadores são um grande apoio no autocuidado do utente. Precisam do apoio da sua rede social e de profissionais de saúde para realizar o seu papel de cuidador e para ajudar a manter a sua saúde física e mental<sup>(19)</sup>. Utesentes e seus cuidadores beneficiam de instrução adicional por parte dos profissionais de saúde para enfrentar o seu problema<sup>(15)</sup>.

Os cuidadores principais de uma pessoa dependente no autocuidado ficam vulneráveis, pela diversidade e complexidade de cuidados que têm de assumir, necessitando de ajuda para planear e restabelecer as rotinas e reduzir o caos durante o período de transição<sup>(16)</sup>.

No artigo de Domingo Palacios-Ceña et al<sup>(15)</sup>, constata-se essa vulnerabilidade nos utentes/famílias e afirmam que *“... o período imediatamente após a alta hospitalar é um momento vulnerável para os utentes e suas famílias e é necessário um devido*

*acompanhamento...". É verdade que a complexidade e diversidade de cuidados coloca os utentes e os cuidadores principais em situação de vulnerabilidade, porque se sentem como que ameaçados com uma situação preocupante, que os pode levar ao sentimento de insegurança. A vulnerabilidade é uma característica, muito importante, descrita no modelo de Sinergia da American Association of Critical Care Nurses<sup>(2)</sup>. O enfermeiro necessita estar atento, pondo em prática o seu conhecimento científico e pensamento sistemático para que a tomada de decisão na participação nos cuidados seja efetuada com sucesso. Esta vulnerabilidade é, muitas vezes, sentida por haver *"... uma falta de reforço informativo em ambiente ambulatorial e uma falta de objetivos abrangentes para a educação ao utente. Os utentes têm dificuldade em compreender as complexidades tecnológicas...há uma falta de fontes confiáveis de apoio psicológico para os utentes/familiares..."*. Por isso, cabe ao enfermeiro diminuir esse estado de vulnerabilidade, desenvolvendo por exemplo *"...programas informativos...utentes e os cuidadores principais devem ser educados sobre a progressão típica de recuperação física e emocional...alterações nas atividades de vida diárias e estratégias para ajudar os utentes/famílias no período de adaptação..."*; *"...programas educacionais devem ser desenvolvidos que visam as necessidades especiais dos utentes, parceiros íntimos e familiares; são necessários programas mais follow-up para gerir os utentes após o implante; necessário uma comunicação mais eficaz...mais pesquisas são também necessárias para identificar as necessidades especiais de mulheres dos utentes portadores de cardioversores desfibriladores implantáveis..."*<sup>(15)</sup>. Nesta linha de pensamento, a participação nos cuidados pelos utentes e/ou cuidadores principais, também ajuda a reduzir esse estado de vulnerabilidade, sendo que o enfermeiro deverá fornecer as ferramentas necessárias para que sejam capacitados para o fazer. A relação de ajuda, comunicação e relação interpessoal são de extrema importância na tomada de decisão. Thomson, Molloy e Chung<sup>(19)</sup> referem que *"... utentes e cuidadores principais precisam de apoio da sua própria rede social e dos profissionais de saúde para realizar o seu papel de cuidador e para ajudar a manter a sua saúde física e emocional."* Segundo Cerqueira<sup>(4)</sup> cuidadores e famílias apoiadas e confortadas terão mais capacidade e disponibilidade para cuidar o doente.*

Neste sentido, esta relação interpessoal desenvolvida pelo enfermeiro, na sua prática diária, com utentes/cuidadores principais, deverá ser promotora da autonomia dos utentes e deverá ajudar os cuidadores principais a se sentirem capacitados a cuidar o outro com défice

de autocuidado. Surge, assim, o *empowerment* como resultado dessa capacitação, realizada pelo enfermeiro ao outro, pelo que Domingo Palácios-Ceña et al<sup>(15)</sup>, no artigo analisado, refere “*Os pacientes necessitam de instrução adicional, apoio e cuidados de acompanhamento após a alta hospitalar...*”.

Esta informação encontra-se na mesma linha de pensamento do Modelo de Sinergia, visto que evidencia que uma das características do enfermeiro, no processo de relação com o utente, deve ser a comunicação. Esta é um factor positivo para que o enfermeiro capacite o utente, o qual de acordo com o mesmo modelo, acima referido, deverá ter como característica a participação nos cuidados com tomada de decisão. Por isso, o *empowerment*, torna-se promotor da relação terapêutica, permitindo a participação nos cuidados de saúde e tomada de decisão dos utentes e seus cuidadores.

Está é uma temática de grande interesse, que deve ser explorada e investigada de forma minuciosa no sentido de serem delineados programas de ajuda e de acompanhamento a cuidadores e utentes com um certo nível de dependência.

## **CONCLUSÃO**

Os resultados analisados respondem à questão PI[C]OD, contribuindo para a compreensão de como uma adequada intervenção dos enfermeiros, é importante para que os cuidadores sejam melhor preparados para o exercício do seu papel, assumindo a tomada de decisão nos cuidados a prestar ao utente com dependência. Todos os estudos analisados apontam para a importância das relações entre enfermeiros, utentes e cuidadores e de como estas os capacitam para a tomada de decisão e participação nos cuidados e no processo de cuidar.

Os resultados desta revisão demonstram e corroboram as questões desenvolvidas na literatura e vêm acrescentar saber e compreensão à prática de enfermagem. A valorização das necessidades dos cuidadores contribui inevitavelmente para assegurar a continuidade dos cuidados.

Os enfermeiros desempenham, assim, um papel muito importante no suporte aos cuidadores e na condução de investigação relacionada com esta problemática, sendo necessário “os enfermeiros valorizarem e terem consciência de promoverem, através das terapêuticas de enfermagem (...)”<sup>(17)</sup>.

É de extrema importância que os enfermeiros reflectam, investiguem e contribuam com as suas experiências profissionais, no sentido de acrescentar conhecimento e desenvolvimento

à sua prática. Isto implica uma constante investigação e divulgação dos resultados através da sua publicação, sempre na perspectiva da evolução da nossa tão estimada profissão. Mais que uma profissão...é um modo de vida.

## **BIBLIOGRAFIA**

1 - Almeida, V.; Lopes, M.; Damasceno, M.. *Teoria das Relações Interpessoais: Peplau: análise fundamentada em Barnaum*. 2005. Brasil.

Disponível em <http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v39n2/11.pdf>

2 - American Association of Critical Care Nurses, Synergy Model for Patient Care, 2013, consultado em [www.aacn.org/wdcertifications/docs/synergymodelforpatientcare.pdf](http://www.aacn.org/wdcertifications/docs/synergymodelforpatientcare.pdf)

3 - Amendoeira, J. (2006). *Uma biografia partilhada da enfermagem*. Coimbra: Formasau.

4 - Cerqueira, M. M. (2004). *O cuidador e o doente paliativo*. Coimbra: Formasau

5 - Diógenes, M. A., Pagliuca, L. (2003). *Teoria do AutoCuidado: Análise crítica da utilidade na prática de enfermagem*. Revista Gaúcha Enferm, Porto Alegre.

6 - Garcia, T., Nóbrega, M. (2009). *Processo de Enfermagem: da teoria á prática assistencial e de pesquisa*, Revista de Enfermagem, Vol.13, nº1, janeiro-março, Rio de Janeiro.

7 - Gibson, I., Cheryl H. (1991). *A concept analysis of empowerment*. Journal of Advanced Nursing. Nº 16

8 - Glanz, K. (1999). *Teoria num relance: um guia para a prática da promoção da saúde*. In Sardinha, L. B. et al. *Promoção da saúde: modelos e práticas de intervenção nos âmbitos da actividade física, nutrição e tabagismo*. Cruz Quebrada: Gráfica 2000. 9-55.

9 - Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no hospital: enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Lisboa. Lusociência.

10 - Lage, I. (2005). *Saúde do idoso- Aproximação do seu estado de saúde*. Nursing. Ano16, nº 195. Lisboa, pp. 6-12.

11 - Martin, I. (2005). *O Cuidado Informal no Âmbito Social*. In C. Paúl. & A. Fonseca (orgs.), *Envelhecer em Portugal. Psicologia, Saúde e Prestação de Cuidados*. Lisboa: Climepsi Editores, pp. 179-201.

12 - Orem, D. (1984). *A concept of self-care for the rehabilitation client*. Rehabilitation Nursing.

13 - Orem D (1995). *Nursing: concepts of practice*. 4th ed. NewYork: McGraw-Hill; 1995. 385 p.

- 14 - Orem, D. (2001). *Nursing Concepts of Practice*. 6ª edição, Mosby, St Louis.
- 15 - Palacios-Ceña, Domingos et al (2011). *Patients, intimate partners and family experiences of implantable cardioverter desfibrillators: qualitative systematic review*. Journal of Advanced Nursing.
- 16 - Pereira, I. C. B. F.; Silva, Abel A. P. (2012) *Ser Cuidador Familiar: A Percepção do Exercício do Papel*. Pensar Enfermagem. Vol. 16 N.º 1.
- 17 - Petronilho, F. et al. *Caraterização do doente aos evento crítico, impato da (in)capacidade funcional do grau de dependência no Autocuidado*, Revista Sinais Vitais, janeiro, 2010.
- 18 - Petronilho, F. *A Transição dos membros da Família para o exercício do papel de Cuidadores quando incorporam um membro dependente no autocuidado: uma Revisão da Literatura*, Revista Investigação em Enfermagem, fevereiro, 2010.
- 19 – Thomson, P.; Molloby, G. J.; Chung, M. L. (2012). *The effects of perceived social support on quality of life in patients awaiting coronary artery grafting and their partners: Testing dyadic dynamics using the Actor-Partner Interdependence Model*. Psychology, Health & Medicine.
- 20 - Vitor, A., Lopes, M., Araujo, T. (2010). *Teoria de deficit de Auto Cuidado: Análise da sua importância e aplicabilidade na prática de enfermagem*.
- 21 - Zimmerman, A. (1995). *PsYchological empowerment: Issues and Illustrations*. American Journal of Community PsYcholog.

# AUTO CUIDADO GESTÃO DO REGIME TERAPÊUTICO – INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

José Amendoeira<sup>2</sup>; M. Fátima Cunha<sup>1</sup>; M. Rosário Pinto<sup>1</sup>; Mário Silva<sup>1</sup>& Marta Rosa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Instituto Politécnico de Santarém/Escola Superior de Saúde de Santarém/UMIS/UiIPS

<sup>2</sup>Instituto Politécnico de Santarém/Escola Superior de Saúde de Santarém/UMIS/UiIPS. Investigador integrado no CIIS/UCP.

## RESUMO

A promoção do Autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular e com diabetes traduz-se em resultados sensíveis, ganhos em saúde e num grande desafio para os enfermeiros, exigência para a excelência e segurança dos cuidados às pessoas.

Quando falamos de Autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular e com diabetes, não encontramos especificamente, evidência científica que nos demonstre como capacitar as pessoas especificamente nestes processos de saúde/doença, cuja complexidade é cada vez mais um desafio para os profissionais de saúde. Assim, pretendemos identificar as intervenções de enfermagem promotoras do Autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoas com doença cardiovascular e com diabetes.

Da pesquisa realizada na plataforma EBSCO em julho de 2013, emergem as seguintes dimensões: ***importância da avaliação, relação interpessoal, comunicação/sistemas de informação e registos, capacitação para a tomada de decisão, competências culturais e promoção da saúde***, relacionadas com intervenções de enfermagem, fulcrais na promoção do Autocuidado gestão dos regimes terapêuticos.

A evidência dos resultados obtidos, sensíveis às intervenções de enfermagem, permite afirmar que as competências desenvolvidas por estes profissionais são catalisadoras da capacitação das pessoas para os processos de tomada de decisão, relacionados com o Autocuidado gestão dos regimes terapêuticos.

**Palavras-chave:** Intervenções de enfermagem; Autocuidado; Gestão dos regimes terapêuticos; Doença cardiovascular; Diabetes.

## **ABSTRACT**

The promotion of self-care management in therapeutic regimens in people with cardiovascular disease and diabetes translates into noticeable results, gains in health and a great challenge for nurses, on demanding for excellence and people's safety of care.

When we talk about self-care management regimens in people with cardiovascular disease and diabetes, we found no specifically scientific evidence that shows us how to empower these people, specifically in health/disease process, whose complexity is increasingly a challenge for health professionals. This is the reason; we intend to identify nursing interventions which promote self-care management regimens in people with cardiovascular disease and diabetes.

From the survey in EBSCO platform, done in July 2013, emerge the following dimensions: importance of evaluation, interpersonal relationship, communication / information systems and records, decision-making training, cultural competence and health promotion related to nursing interventions, fundamental in promoting self-care management regimens.

Outcomes, sensitive to nursing interventions, allows us to say that the skills developed by these professionals are catalysts for empowering people to decision-making processes related to the management of self-care regimens.

**Keywords:** Nursing interventions; Self-care; Management of therapeutic regimens; Cardiovascular disease and Diabetes

## **INTRODUÇÃO**

O conhecimento de uma disciplina deve traduzir-se numa prática baseada na evidência, que só poderá ser integrada se todos a perceberem como uma mais-valia, dando visibilidade no seu quotidiano ao referencial teórico que mobilizam.

O investimento por parte dos enfermeiros, enquanto recurso na construção deste projeto, terá que ser no desenvolvimento de competências cognitivas, relacionais, técnicas e éticas, procurando obter resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem, com evidência em ganhos em saúde para as pessoas, mobilizando a perspectiva dos Enunciados descritivos da Ordem dos Enfermeiros (OE) sobre a qualidade em saúde, assumindo que "... nem a qualidade em saúde se obtém apenas com o exercício profissional dos enfermeiros, nem o

exercício profissional dos enfermeiros pode ser negligenciado ou deixado invisível, nos esforços para obter qualidade em saúde...” (2001, p.6).

A clínica em enfermagem deve integrar um percurso dinâmico, onde metodologia e intervenções autónomas promovam a teorização, num processo de retroalimentação entre a teoria e a prática, que se traduza em cuidados individualizados de acordo com os saberes, que permitem tomar decisões relativas ao cuidado e à promoção do bem-estar das pessoas.

### **PESSOA EM PROCESSO DE DOENÇA CRÓNICA**

As doenças crónicas de declaração não obrigatória, como as cardiovasculares e a diabetes, constituem-se como principais causas de morte e incapacidade no mundo, representando cerca de 59 % do total de mortes por ano e 46% do total de doenças (OMS, 2010).

A preocupação é internacional, numa perspetiva da centralidade do cidadão nos cuidados de saúde, uma vez que é uma realidade que reflete os processos de industrialização, urbanismo, desenvolvimento económico e globalização alimentar, associados a fatores de risco comuns, nomeadamente a modificações nos hábitos de vida.

Em Portugal, os indicadores revelados pela Direção Geral de Saúde (2010), referem que as doenças cardiovasculares e a diabetes são das principais causas de morbilidade e mortalidade, e as responsáveis por situações de incapacidade e perda de qualidade de vida, que se repercute no consumo de serviços de saúde e medicamentos.

Esta problemática tem merecido a atenção dos organismos responsáveis, existindo programas de intervenção que visam reduzir os fatores de risco modificáveis, centrados na promoção da saúde e prevenção de doenças. A investigação sobre a prática tem produzido estudos versando as várias dimensões envolvidas.

### **AUTOUIDADO GESTÃO DOS REGIMES TERAPÊUTICOS**

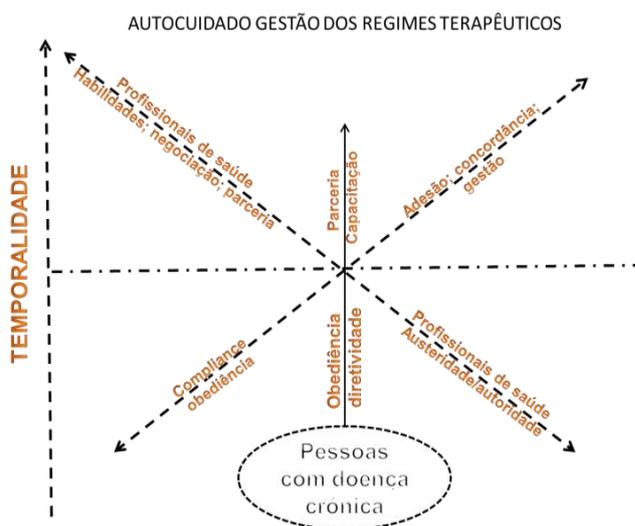
A promoção do autocuidado, na área da gestão dos diferentes regimes terapêuticos, é valorizada como uma das dimensões essenciais da integração teórica e prática.

Na Teoria dos Sistemas de Enfermagem, integrada na Teoria do Déficit de Autocuidado de Enfermagem de Dorothea Orem, é determinado como é que os enfermeiros, as pessoas ou ambos, dão resposta às necessidades de autocuidado. Para dar resposta aos requisitos de autocuidado e definir o âmbito da responsabilidade do enfermeiro perante as necessidades da pessoa, a autora identifica três classificações de sistemas de enfermagem. Centrando-nos

no sistema de apoio e educação, a pessoa possui capacidade para o autocuidado, necessitando apenas de apoio, orientação e instrução dos enfermeiros para o exercício e desenvolvimento da Atividade de autocuidado (Petronilho, 2012; Taylor, 2004).

O investimento dos profissionais de saúde será, então, na promoção da saúde, educando a pessoa/ família/comunidade/grupo. Nesta dimensão, a promoção da adesão à terapêutica constitui-se como um dos focos de atenção cruciais na praxis, adquirindo um especial relevo perante pessoas com doença crónica (Ai, Carrigan, 2007; Takahiro et al., 2005).

A análise da prática baseada na evidência nesta temática demonstra a evolução temporal do conceito de adesão, relacionada com a mudança de paradigma na saúde das pessoas/ família/grupos e comunidade, apresentado de forma esquemática, tal como se observa a seguir



A partir da década de 80, os estudos revelam essencialmente dimensões relacionadas com os benefícios das pessoas cumprirem um regime instituído, centrados nos profissionais de saúde, nos sistemas de saúde e nos custos do não cumprimento destas prescrições (Ai e Carrigan, 2007; Blanski e Lenardt, 2005; Takahiro et al., 2005).

Figura nº 1 – Evolução dos conceitos de adesão numa perspetiva temporal de acordo com alguns estudos científicos (Adaptado de Silva, 2012)

Mais recentemente, o conceito de adesão redimensiona-se, incluindo o conceito de decisão partilhada ou acordo consensual sobre o tratamento, no qual as crenças e preferências da pessoa são consideradas (Silva, 2012; Brnton, 2011; Silva, 2010; Pascucci et al, 2010; DeSimone, Crowe, 2009; Lee et al., 2009; Ben-Arye et al, 2007).

Inerentes a esta evolução, surgem os conceitos de *Compliance*, *Adherence* e *Concordance*. Segundo Brnton (2011), *compliance* perspetiva uma visão centrado nos profissionais de saúde a responsabilidade da prescrição e na pessoa o seu cumprimento, o que releva a

conformidade, reforça a sua passividade no processo e promove a autoculpabilização, caso não cumpra. Em oposição, *adherence*, reflete uma perspectiva na qual a pessoa segue as instruções que são prescritas pelos profissionais de saúde, envolvendo-a na escolha. Por último o conceito de *concordance* emerge numa parceria/relação consultiva e consensual com a pessoa.

Estudos centrados na pessoa e no que mobiliza para a adesão aos diferentes regimes terapêuticos, evidenciam cinco dimensões associadas a processos: fisiológicos; psicológicos; desenvolvimento; sociocultural e espiritual (Silva, 2010; Machado, 2009; Henriques, 2006).

Consciente que os processos de capacitação para o autocuidado exigem alteração dos hábitos e estilo de vida, que só ocorrem definitivamente quando a pessoa os integrar na sua vida de forma plena, o enfermeiro desenvolve competências que lhe permitem desenvolver intervenções que conduzam a resultados sensíveis a esses cuidados (Doran, 2003). Perante esta constatação, interrogamo-nos sobre que intervenções de enfermagem são promotoras do Autocuidado Gestão do Regime Terapêutico em pessoas com doença cardiovascular e/ou com diabetes.

## **METODOLOGIA**

Tendo por base a conceção da temática em estudo, formulamos a seguinte questão PI[C]O: **Quais as intervenções de enfermagem promotoras do autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular e com diabetes?**

Ao pretendemos identificar as intervenções de enfermagem promotoras do Autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoas com doença cardiovascular e/ou com diabetes, selecionamos as palavras-chave - *nurs\**, *individualized interventions*, *measure*, *self care*, *management*, *concordance*, *therapeutics*, *cardiovascular disease e diabetes*, *patient safety*, validadas enquanto descritores na Mesh Browser, com exceção de *individualized intervention* que embora não se constitua como descritor ou *qualifier*, produziu resultados relativos à temática em estudo.

A pesquisa foi efetuada com recurso à plataforma EBSCOhost em julho de 2013, no friso cronológico de janeiro de 2003 a julho de 2013 recorrendo a Protocolo de Pesquisa (quadro 1).

### Quadro nº 1 – Bases de dados, Limitadores e Critérios do Protocolo de Pesquisa

Bases de dados	Limitadores	Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
CINHAL Plus Full Text	Referências disponíveis; Data de publicação de 2003-01-01 a 2013-07-08; Língua inglesa; Analisado por especialistas; PBE; Humano; Primeiro autor é enfermeira; Qualquer autor é enfermeira; Pacientes internados; Pacientes com alta; Texto completo em PDF	Estudos em pessoas com doença cardiovascular e/ou com diabetes; abordagem quantitativa, qualitativa, revisões sistemáticas de literatura, estudos de caso que revelassem resultados com evidência científica para a problemática em estudo, apenas estudos/artigos escritos em português, inglês, francês ou espanhol.	Pessoas com associação de problemas de saúde mental e psiquiatria e no âmbito da pediatria, todos os resultados da pesquisa que não apresentassem metodologia científica, estudos/artigos no âmbito da gestão enquanto área de formação na disciplina de enfermagem.
Medline	Texto completo; Data de publicação de 2003-01-01 a 2013-07-08; Resumo disponível; Língua inglesa; Humano; All Adult: 19+ years		
Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive	Referências disponíveis; Data de publicação de 2003-01-01 a 2013-07-08; Texto completo em PDF		
Cochrane Systematic Review	Texto completo; Fonte da Biblioteca Cochrane: Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR)		
Mediclatina	Data de publicação de: 2003-01-01/2013-07-08; Texto completo em PDF		
NHS Economic Evaluation database	Texto completo		

Na conjugação das palavras-chave utilizamos os booleanos **and** e **or**, este último respetivamente na conjugação das palavras cardiovascular disease e diabetes.

Iniciamos por pesquisar cada palavra-chave individualmente, prosseguindo para o cruzamento com cada uma das outras e assim sucessivamente. No cruzamento final emergiram 390 artigos, sendo excluídos 343 após a leitura do título. A leitura do resumo resultou em 33 artigos selecionados lidos na totalidade. Após este processo foram incluídos 15 artigos enquanto corpus de análise, apresentando no quadro 2, as dimensões que emergem dos estudos/artigos selecionados.

### Quadro nº 2 – Sistematização da análise dos estudos selecionados

<b>Autor(es)/ano</b>	Strunk, Townsen-Rocchiccioli, Sanford (2013)
<b>Objetivos</b>	Discutir os desafios significativos do envelhecimento das pessoas hispânicas Sugerir estratégias de sensibilização dos cuidadores para o importante papel da cultura e etnia na prestação de cuidados de saúde de qualidade

<b>Metodologia</b>	Revisão da literatura
<b>Participantes</b>	--
<b>Intervenções</b>	<p>Desafios descritos – <b>barreira linguística, crenças e práticas diferentes no âmbito da saúde, suporte social e estatuto socioeconómico</b>, (menor acesso a programas de apoio social, tanto na idade ativa como depois da reforma), <b>discriminação institucional</b> (políticas e procedimentos definidos dificultam a equidade de cuidados na utilização do sistema de saúde), <b>valores culturais</b>, incapacidade de <b>aculturação</b> que pode diminuir a adesão às recomendações de um sistema de saúde que se rege por princípios culturalmente diferentes ou, inversamente, a aculturação pode levar ao abandono de aspetos culturais, criando situações de risco de depressão ou outras doenças mentais.</p> <p>Identificada a necessidade de <b>desenvolvimento de competências comunicacionais e multiculturais por parte dos profissionais de saúde</b>, bem como da <b>compreensão e valorização das crenças e práticas</b> das pessoas de diferentes culturas, permitindo às <b>pessoas que contribuam ativamente no seu plano de cuidados</b>, com incidência na <b>prevenção e promoção da saúde</b>.</p> <p>Recomendação de <b>utilização de frases e terminologia técnica em espanhol</b>, usando esta língua como primária na relação; <b>aquisição de conhecimentos sobre as práticas, valores, práticas de saúde, crenças e tratamento centrado na família</b>; investimento na <b>deteção de problemas de saúde mais comuns</b> nestas pessoas (ao nível da saúde mental, doença cardiovascular, diabetes e doença infecciosa); <b>utilização de material educativo elaborado para a população hispânica</b>, disponível na internet.</p>
<b>Resultados</b>	<p>Desafios críticos para os prestadores de cuidados de saúde incluem os determinantes sociais de distribuição da doença e as desigualdades subjacentes no acesso e benefício de serviços de prevenção e cuidados de saúde, particularmente no âmbito da crescente população hispânica nos Estados Unidos.</p> <p>No meio dessas crescentes disparidades de saúde, é necessário colocar o foco sobre os fatores estruturais que influenciam a saúde dos idosos hispânicos e desenvolver melhores intervenções a vários níveis que promovem a saúde culturalmente competente.</p>
<b>Autor(es)/ano</b>	Frieberg, Granum, Bergh (2012)
<b>Objetivos</b>	<p>Identificar fatores que condicionam a educação enfermeiro/paciente</p> <p>Identificar aspetos funcionais significantes, quando são desenhados estudos sobre o trabalho de educação da pessoa</p>
<b>Metodologia</b>	Revisão integrativa
<b>Participantes</b>	Inclui achados de 32 artigos oriundos de vários países e continentes, essencialmente realizados em contextos hospitalares
<b>Intervenções</b>	<p>Fatores identificados – <b>Crenças e conhecimento dos enfermeiros</b> (a educação das pessoas não é vista como parte do trabalho diário, embora seja dado espaço para a colocação de questões e discussão dos problemas das pessoas; a educação é uma atividade ambígua, havendo enfermeiros que acreditam ter desenvolvido as competências necessárias mas também outros que apontam falta de treino e de confiança como fatores dificultadores da condução do processo educacional); <b>ambiente educacional</b> (falta de tempo e a falta de apoio de outros enfermeiros durante a intervenção); <b>organização dos cuidados de saúde</b> (papel dos gestores, rácio enfermeiro/doente, falta ou existência de suporte organizacional para realizar atividades educativas); <b>cooperação interdisciplinar e trabalho em equipa</b> (relações de poder formal e informal nas equipas e ambiguidade no papel esperado de cada profissional); <b>atividades educativas com a pessoa</b> (fornecer informação, focada em dados objetivos (como medicação ou informação administrativa).</p>

<b>Resultados</b>	A atividade de educação é fundamental. Os fatores condicionadores são caracterizados pela necessidade de a centrar na pessoa, na segurança e na <i>compliance</i> associada à dimensão ética.
<b>Autor(es)/ano</b>	Foss (2011)
<b>Objetivos</b>	Compreender como se posicionam as pessoas idosas como pacientes participantes Compreender como se constrói o <i>participant-self</i> destas pessoas no seu contexto histórico e sociocultural
<b>Metodologia</b>	Estudo qualitativo, com recurso à análise de conteúdo
<b>Participantes</b>	10 pessoas idosas (acima dos 80 anos) escolhidas intencionalmente, com a colaboração de informantes chave, após internamento em serviços de medicina e cirurgia de um hospital universitário norueguês.
<b>Intervenções</b>	Dimensões resultantes da análise: <b>representação dos cuidadores hospitalares</b> (a estrutura hospitalar não deixa espaço para manifestar outra coisa que não seja confiança no sistema de saúde); <b>construção do <i>participating self</i></b> (construção de um espaço para se fazerem ouvir, assumindo-se como idosos e como pacientes. A participação é descrita como uma estratégia onde a própria idade é usada, manobrando o próprio discurso em função da situação – <i>how one “plays one’s cards”, knowing the “rules of the game”</i> – e não como um direito legal, pois a socialização das pessoas nesta faixa etária foi construída na base do paciente obediente e passivo.
<b>Resultados</b>	O tempo é uma condição importante para a participação, devido à idade. A relação entre os idosos e os profissionais de saúde revela um conflito entre as necessidades dos primeiros e o discurso dominante da eficiência hospitalar. A participação é encarada como uma negociação associada ao facto de serem consumidores de cuidados, ao que acresce a idade que leva a uma construção de dependência, com um misto de aceitação e resistência. O estudo conclui que, embora as pessoas não se posicionem como participantes no processo de cuidados, de forma subtil, numa perspetiva de oportunidade como paciente, escolhem as suas estratégias de abordagem direcionadas a adquirir influência.
<b>Autor(es)/ano</b>	Liu, Manias, Gerdtz (2011)
<b>Objetivos</b>	Examinar seis Modelos sobre segurança na administração de medicação em vários hospitais e na comunidade; Considerar os pontos fortes e as limitações de cada Modelo; Considerar as possíveis aplicações dos Modelos para compreender a segurança da administração de medicação nas organizações
<b>Metodologia</b>	Revisão sistemática da literatura
<b>Participantes</b>	Integra os Modelos: Human Error Model (HEM); System Analysis to Clinical Incidents Model (SACIM); Shared Decision-Making Model (SDMM); Medication Decision-Making and Management Model (MDMMM); Australian Pharmaceutical Advisory Council’s Partnership Model (APACPM) e Medication Communication Model (MCM)
<b>Intervenções</b>	--
<b>Resultados</b>	<b>O Modelo de análise dos incidentes clínicos (SACIM)</b> examina a cadeia de eventos que leva ao acidente, identifica os problemas relacionados com a gestão dos cuidados e considera as condições latentes em que o incidente ocorre. <b>O Modelo da decisão partilhada (SDMM)</b> define as características chave do processo de tratamento baseado na decisão partilhada. Os <b>Modelos da decisão e gestão da medicação (MDMMM)</b> e de <b>parceria (APACPM)</b> apresentam 4 estádios no envolvimento da pessoa numa relação centrada no cliente – definição dos objetivos do tratamento, escolha das opções de tratamento, monitorização dos sintomas e avaliação do regime terapêutico e autocuidado sem prescrição de produtos farmacêuticos. Advogam o papel ativo da pessoa na monitorização da medicação, baseada em interações pensadas com os profissionais. O

	<p><b>Modelo da comunicação</b> (CMM) fornece um quadro conceitual para explorar a complexidade da comunicação sobre gestão da terapêutica, entre os profissionais de saúde, os cuidadores informais e as pessoas, nos atuais contextos de cuidados de saúde (fatores socioculturais e ambientais, comunicação verbal e não verbal, compreensão do uso apropriado da medicação, efeitos secundários e prevenção de incidentes).</p> <p>O autocuidado é frequentemente desenvolvido pelas pessoas no sentido de aliviarem os sintomas antes de procurarem os cuidados de saúde.</p>
<b>Autor(es)/ano</b>	Manias (2010)
<b>Objetivos</b>	Analisar o conceito de <i>medication communication</i> , com especial incidência nos cuidados de enfermagem
<b>Metodologia</b>	Revisão sistemática da literatura
<b>Participantes</b>	--
<b>Intervenções</b>	<p>O conceito tem sido usado de quatro formas: examinar relações causais entre a comunicação e os erros de medicação; interação entre farmacêuticos, médicos e pacientes para facilitar a avaliação, o planeamento e a reavaliação; para entender a interação entre prescritores, fornecedores de medicação e pacientes, no sentido de facilitar a prescrição, a toma e entrega da medicação; explorar interações entre pacientes, familiares e profissionais de saúde na administração, monitorização ou resposta à medicação e para transferir informação.</p> <p>Intervenções: <b>determinar quem está a falar</b> no encontro comunicacional; <b>o que é dito para centrar a comunicação na pessoa</b>; <b>quais os aspetos</b>, centrado na pessoa, <b>a priorizar</b> relativamente ao regime terapêutico. <b>Identificar os indivíduos silenciosos</b> e a causa do mesmo; a <b>linguagem corporal</b> envolvida na interação e o <b>vocabulário</b> mais recente.</p>
<b>Resultados</b>	<p>Devem ser apresentados casos para ilustrar o conceito para estabelecer a relação entre a abertura e a efetividade do encontro comunicacional.</p> <p>Os antecedentes do conceito consistem em influências socioculturais e ambientais e as consequências são os aspetos resultantes do mesmo.</p>
<b>Autor(es)/ano</b>	Nosbusch, Weiss, Bobay (2010)
<b>Objetivos</b>	<p>Investigar as práticas, perceções e experiências dos enfermeiros no planeamento da alta hospitalar.</p> <p>Avaliar a necessidade de cuidados no âmbito do autocuidado, cuidados prestados por familiares, cuidados de profissionais de saúde ou uma combinação destas opções.</p>
<b>Metodologia</b>	Revisão integrativa que inclui estudos na área da intervenção junto de pessoas com diabetes e doença cardiovascular.
<b>Participantes</b>	Artigos de investigação cujos participantes são enfermeiros da prática clínica.
<b>Intervenções</b>	Preparação do regresso a casa por parte dos enfermeiros; Parceria e envolvimento dos cuidadores informais; Conhecimento das necessidades pós-alta da pessoa; Acompanhamento da pessoa no processo de transição e recuperação em casa.
<b>Resultados</b>	<p>Temas identificados:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Comunicação interdisciplinar, tanto verbal como escrita</b> (dimensões comunicacionais entre enfermeiros, enfermeiros e equipa multidisciplinar e enfermeiros/ pessoas e família);</li> <li>- <b>Sistemas e estruturas</b> (facilitador: reorganização dos processos existentes, educação da pessoa, formação dos enfermeiros no âmbito do planeamento da alta, recursos a peritos e utilização de suporte informático, numa perspetiva multidisciplinar; dificultador: falta de efetividade nos sistemas e estruturas, de protocolos de atuação e de ferramentas de avaliação fiáveis);</li> <li>- <b>Tempo</b> (constrangimentos relacionados com a falta de tempo para planear a alta e com internamentos</li> </ul>

	<p>de curta duração)</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <b>Confusão de papéis</b> (indefinição de papéis na equipa de enfermagem e na equipa multidisciplinar como uma barreira);</li> <li>- <b>Continuidade de cuidados</b> (horário rotativos, trabalho a tempo parcial e metodologia de trabalho são dificultadores no planeamento da alta);</li> <li>- <b>Conhecimento</b> (importância de conhecer os recursos e serviços existentes na comunidade);</li> <li>- <b>Invisibilidade do papel do enfermeiro no planeamento da alta</b></li> </ul> <p>Globalmente, realça o impacto positivo de novos modelos de prestação de cuidados interdisciplinares sobre a coordenação dos cuidados após alta e os resultados nas pessoas; a reorganização dos processos existentes e uma abordagem baseada em evidências para a educação da pessoa pode resultar em ganhos significativos na sua evolução. A posição única dos enfermeiros para identificar as barreiras e oportunidades nos processos de planeamento de alta, contribui significativamente para iniciativas de reforma baseadas em evidências. Processos de planeamento de alta, centrados na pessoa podem facilitar a transição do hospital para casa e intervir nos eventos adversos experimentados por algumas pessoas no período pós-alta.</p>
<b>Autor(es)/ano</b>	Burns (2009)
<b>Objetivos</b>	Avaliar os resultados das intervenções de enfermagem, mobilizando a teoria do comportamento planeado.
<b>Metodologia</b>	Revisão da literatura
<b>Participantes</b>	--
<b>Intervenções</b>	<b>Informação sobre o diagnóstico, riscos e benefícios da terapêutica; Capacitação da pessoa</b> com conhecimento; <b>Mudança de atitudes</b> (atitude mais positiva em relação à terapêutica); Encorajamento de pensamentos e atitudes positivas na adesão à medicação.
<b>Resultados</b>	<p>Aplicação com sucesso da teoria do comportamento em relação à medicação, no âmbito das crenças face a esta. Medição das crenças e intenções de uma pessoa para tomar a medicação hipoglicemiante e imunossupressora.</p> <p>O conhecimento adquirido por parte da pessoa pode influenciar os seus pensamentos para o comportamento. A perceção negativa face aos efeitos colaterais, interações alimentares, ajustes de medicação e análises frequentes, podem desenvolver comportamentos de não-adesão ao regime farmacológico e não farmacológico.</p> <p>A integração da teoria do comportamento pelos enfermeiros como um quadro orientador, pode facilitar a melhoria dos resultados relacionados com a terapêutica de anticoagulação.</p> <p>A avaliação por parte dos enfermeiros das barreiras percebidas para mudar antes do início da terapêutica permite eliminá-las as em cada visita subsequente.</p> <p>Para melhorar os resultados, deve investir-se na compreensão das atitudes, crenças normativas e motivação na adesão ao regime farmacológico.</p>
<b>Autor(es)/ano</b>	McEwen, Polatajko, Huijbregts, Ryan (2009)
<b>Objetivos</b>	Explorar o potencial da utilização da Orientação Cognitiva no protocolo da <i>Daily Occupational Performance</i> (CO-OP) para aumentar o desempenho de adultos com doença vascular cerebral crónica
<b>Metodologia</b>	Estudo experimental
<b>Participantes</b>	<b>Pessoas adultas com doença vascular cerebral crónica em contexto de comunidade</b>
<b>Intervenções</b>	Aplicação da CO-OP

<b>Resultados</b>	A abordagem com a CO-OP está associada com uma melhoria significativa do desempenho relativamente aos objetivos definidos pelo próprio, com satisfação na auto percepção da pessoa relativamente a estas dimensões. Melhoria clinicamente importante aos níveis físicos, da motricidade fina e na participação global nos vários domínios da saúde.
<b>Autor(es)/ano</b>	Anthony (2008)
<b>Objetivos</b>	Rever a literatura existente sobre hipoglicémia em adultos hospitalizados e implicações para a prática de enfermagem
<b>Metodologia</b>	Revisão da literatura (domínio da hipoglicémia em adultos hospitalizados)
<b>Participantes</b>	---
<b>Intervenções</b>	---
<b>Resultados</b>	Os enfermeiros têm um papel crítico na eficácia do tratamento e prevenção da hipoglicémia. É essencial que detenham conhecimentos sobre as causas, prevenção, deteção e seu tratamento. A hipoglicémia é previsível e prevenível em pessoas hospitalizadas, devendo ser instituídas políticas para estimular a resposta a situações mais comuns que precipitam a hipoglicémia.
<b>Autor(es)/ano</b>	Kaminsky, Rosenqvist, Holmstrom (2008)
<b>Objetivos</b>	Descrever as diferentes formas de entendimento do trabalho num grupo de enfermeiras suecas
<b>Metodologia</b>	Estudo qualitativo, numa abordagem fenomenográfica
<b>Participantes</b>	12 enfermeiras (tele- enfermeiras)
<b>Intervenções</b>	<b>Avaliação, encaminhamento e aconselhamento</b> à pessoa; <b>apoio</b> à pessoa (devolvendo a chamada); <b>reforço das atividades de autocuidado já desenvolvidas</b> (elogiar, validar e promover a autoconfiança); <b>ensinar e facilitar a aprendizagem</b> (utilizar o conhecimento já existente como ponto de partida).
<b>Resultados</b>	Variações na forma de entender a atividade telefónica dos enfermeiros podem levar a variações, tanto nos resultados da intervenção como na satisfação das pessoas.
<b>Autor(es)/ano</b>	Sipila, Ketola, Tala, Kumpusal (2008)
<b>Objetivos</b>	Estudar a efetividade da facilitação da implementação do HPP Melhorar os processos de trabalho dos profissionais de saúde
<b>Metodologia</b>	Sessões multiprofissionais: autoauditoria, brainstorming, estratégia de diagrama causa/efeito, análise de casos
<b>Participantes</b>	62 facilitadores voluntários (em pares de médico/enfermeiro)
<b>Intervenções</b>	<b>Implementar localmente as <i>guidelines</i> nacionais</b> (programa de educação, interação e habilidades de motivação, capacidade de compreender e liderar a mudança, conhecimentos de informática, palestras e trabalho em equipa em grupos multiprofissionais).
<b>Resultados</b>	Participação crescente dos profissionais. Diminuição da quantidade de medições de pressão arterial e observação de mais pacientes de alto risco para DCV. O mesmo efeito foi observado em pacientes diabéticos. Aproximação às diretrizes nacionais: maior frequência no controlo de pessoas descompensadas e empoderamento da autogestão naqueles em melhor equilíbrio. As pessoas devem ser encorajadas e capacitadas para assumir mais responsabilidade pelos problemas de autocuidado, relacionados com o estilo de vida e o tratamento. Em colaboração com vários profissionais, os enfermeiros podem participar ativamente das ações de prevenção de doenças crónicas no âmbito dos estilos de vida.

<b>Autor(es)/ano</b>	Ridge (2007)
<b>Objetivos</b>	Discutir o contributo das <i>guidelines</i> na garantia da segurança na administração de insulina na pessoa hospitalizada.
<b>Metodologia</b>	Artigo não científico, no domínio das <i>guidelines</i>
<b>Participantes</b>	--
<b>Intervenções</b>	Apreciar a situação da pessoa (historial glicémico, manifestações e hábitos, sensibilidade face às flutuações de glicémia, adesão ao regime terapêutico); Integrar o conhecimento sobre a terapêutica e as diretrizes na administração; Usar protocolos de administração de insulina; Monitorizar a evolução da situação global.
<b>Resultados</b>	A segurança da pessoa é promovida por um controlo glicémico rigoroso, que diminui a morbilidade e a mortalidade, quando comparado com a abordagem tradicional.
<b>Autor(es)/ano</b>	Scott-Smith; Greenhouse (2007)
<b>Objetivos</b>	Avaliar o programa <i>Patient-controlled Liberalized Diet</i> (PCLD), num contexto hospitalar
<b>Metodologia</b>	Utilização de ferramentas específicas para colher e analisar dados produzidos na unidade de cuidados, durante a aplicação do programa.
<b>Participantes</b>	Pacientes hospitalizados cuja dieta era prescrita de acordo com o PCLD
<b>Intervenções</b>	Implementar um modelo de prescrição de dietas centrado na pessoa, envolvendo-a no processo de tomada de decisão.
<b>Resultados</b>	Durante o internamento: Aumento da colaboração interdisciplinar; da continuidade do plano alimentar; dos momentos de intervenção educativa e redução de custos ao longo do processo. <i>Patient Compliance</i> (aumento do número de pessoas que selecionam adequadamente a dieta), com maior satisfação após 6 meses de seguimento do Programa.
<b>Autor(es)/ano</b>	Chan, Yee, Leung, Day (2006)
<b>Objetivos</b>	Determinar a efetividade da intervenção de enfermagem no controle da glicémia em pessoas idosas com diabetes tipo 2
<b>Metodologia</b>	Estudo quase-experimental com um desenho antes/após (com 2 grupos - um submetido à intervenção e outro que funcionou como grupo de controlo). Implementado um protocolo, com base no Modelo de Hibbard (2003)
<b>Participantes</b>	150 pessoas idosas com diabetes, com controlo inadequado da glicémia
<b>Intervenções</b>	Desenho da intervenção: Avaliação inicial (dados antropométricos e aplicação da Escala de Avaliação da Qualidade de cuidados à pessoa com Diabetes), 3 momentos de interação destinados à re-educação e reforço da <i>Compliance</i> (medicação, dieta e atividade física), em simultâneo com <i>follow-up</i> por telefone; ênfase nos comportamentos autogestão, de mudanças no estilo de vida, e fornecimento de feedback sobre os valores monitorizados
<b>Resultados</b>	A intervenção em estudo é efetiva, pois verifica-se uma descida gradual na HbA1c ao longo das 12 semanas, uma melhoria da pressão arterial sistólica e redução na utilização dos cuidados de saúde, embora com valores semelhantes aos do grupo de controlo. Pela PEQD, pode afirmar-se que os idosos continuam a crer na informação fornecida mais do que na decisão partilhada, constatando uma adesão mais elevada ao autocuidado, embora ainda muito relacionado com as aprendizagens da pessoa sobre a doença e o programa de tratamento.

<b>Autor(es)/ano</b>	Forster, Murff, Peterson, Gandhi, Bates (2003)
<b>Objetivos</b>	Descrever a incidência, severidade, evitabilidade e “ <i>ameliorability</i> ” de eventos adversos que afetam as pessoas após a alta do hospital; Desenvolver estratégias para melhorar a segurança das pessoas durante este intervalo de tempo.
<b>Metodologia</b>	Estudo prospetivo de coorte, realizado através do recurso a entrevistas telefónicas.
<b>Participantes</b>	400 pessoas que tiveram alta de um serviço de medicina, de forma consecutiva.
<b>Intervenções</b>	Identificação da incidência, severidade e evitabilidade de eventos adversos
<b>Resultados</b>	Os três eventos adversos, definidos como lesões, evitáveis, <i>ameliorable</i> . Os eventos adversos ocorreram com frequência no período seguinte da alta, muitos poderiam ter sido evitados ou amenizados com estratégias simples.

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Da análise dos artigos, emergem as seguintes dimensões: **importância da avaliação, relação interpessoal, comunicação/sistemas de informação e registos, capacitação para a tomada de decisão, competências culturais e promoção da saúde**, relacionadas com intervenções de enfermagem fulcrais na promoção do Autocuidado gestão dos regimes terapêuticos, as quais serão o fio condutor na discussão dos resultados.

No processo de cuidados, a **avaliação das necessidades da pessoa**, a primeira etapa do processo de enfermagem, constitui-se de uma importância crucial no seu desenvolvimento. Constatamos que as intervenções de enfermagem que as capacitam para a tomada de decisão partilhada e responsável estão relacionadas com a forma como os enfermeiros procuram conhecer as suas necessidades.

Na evidência científica demonstrada nos artigos/estudos analisados, constatamos a importância da avaliação, numa relação estreita com aquilo que os profissionais de saúde devem integrar na sua prática clínica, mobilizando a dimensão humanista, científica, técnica e ético deontológica. A avaliação centrada na pessoa traduz-se em resultados no âmbito da sua capacitação na tomada de decisão, gestão dos regimes terapêuticos farmacológicos e não farmacológicos, autogestão e autoconfiança nos processos de saúde doença (Strunk, Townsen-Rocchiccioli, Sanford, 2013; Manias, 2010; Nosbusch, Weiss, Bobay; 2010; Burns, 2009; Kaminsky, Rosenqvist, Holmstrom, 2008; Sipila et al., 2008; Scott-Smith; Greenhouse, 2007; Ridge, 2007; Chan et al., 2006).

Outra dimensão emerge, a **relação interpessoal**, um instrumento básico no cuidado em enfermagem, uma vez que os processos de cuidados desenvolvidos com as pessoas estão envoltos de momentos de interação e de relações, com objetivo terapêutico. No entanto, face

aos contextos de cuidados de saúde, esta desenvolve-se essencialmente ao nível enfermeiro/pessoa/família numa perspetiva de envolvimento/parceria/negociação.

Salientamos nesta dimensão o conceito de *concordance*, como um nível a alcançar na capacitação da pessoa, destacando-se decisões partilhadas e a relevância do desenvolvimento de uma relação interpessoal, ao nível do enfermeiro/pessoa/família, mas também entre as equipas multidisciplinares, cujos resultados se traduzem em ganhos em saúde para as pessoas e melhoria nos cuidados (Frieberg, Granum, Bergh, 2012; Foss, 2011; Nosbusch, Weiss, Bobay, 2010; Burns, 2009; Kaminsky, Rosenqvist, Holmstrom, 2008; Sipila et al., 2008; Ridge, 2007; Scott-Smith, Greenhouse, 2007).

Relevamos as intervenções de Enfermagem que integram as **estratégias de comunicação**, cujos resultados evidenciam uma influência positiva na capacitação das pessoas para gerir os seus regimes terapêuticos. Numa dimensão mais reflexiva e analítica consideramos todo o processo que envolve uma intencionalidade de partilhar/transmitir informação de forma sistematizada, uniforme e congruente com objetivos que devem ser comuns, transcendendo os procedimentos comunicacionais ou a linguagem verbal e não-verbal.

A evidência científica demonstra que a forma como comunicamos e a intencionalidade com que desenvolvemos as competências comunicacionais com as pessoas que cuidamos, tem grande influência nos resultados que pretendemos alcançar. Constatamos que intervenções de enfermagem no âmbito da educação para a saúde, da promoção do Autocuidado gestão dos regimes terapêuticos, são potenciadas pelas estratégias de comunicação mobilizadas pelos enfermeiros e consideradas pelas pessoas como habilidades que os mesmos desenvolvem. Numa perspetiva de proximidade e de adequação da linguagem, os resultados evidenciados pelas mesmas, traduzem a assunção de tomadas de decisão partilhadas e responsáveis que culminam numa autogestão face aos seus projetos de saúde.

A diversidade de ferramentas que os enfermeiros e outros profissionais de saúde mobilizam no seu dia-a-dia, para cuidar das pessoas integram informação oral e escrita, onde a **tecnologia dos sistemas de comunicação, de informação e registos eletrónicos**, emergem como dimensões fundamentais no desenvolvimento do processo de cuidados. Em complementaridade, repercute-se na melhoria contínua da qualidade dos mesmos, onde a centralidade do cidadão surge como essencial face ao desenvolvimento do processo de cuidados, através da referenciação/partilha/informação e envolvimento nas decisões e promoção da sua segurança (Strunk, Townsen-Rocchiccioli, Sanford, 2013; Frieberg, Granum,

Bergh, 2012; Foss, 2011; Liu, Manias, Gerdtz, 2011; Manias, 2010; Nosbusch, Weiss, Bobay, 2010; Kaminsky, Rosenqvist, Holmstrom, 2008; Sipila et al., 2008; Scott-Smith, Greenhouse, 2007; Chan et al., 2006).

A capacitação para a tomada de decisão permite-nos refletir em dois pólos, cujas extremidades devem tendencialmente convergir para o mesmo sentido, num encontro que se traduza no empoderamento de ambos, relação que se estabelece entre os saberes dos enfermeiros e das pessoas, numa perspetiva construtivista. Consideramos que este encontro, quando sustentado em conhecimento científico e planeado de forma individualizada, com objetivos bem definidos de ambas as partes, promove a satisfação quer dos enfermeiros quer das pessoas, com repercussões no desenvolvimento de competências dos profissionais, integrando capacidades e habilidades na capacitação para o autocuidado. Assim, as pessoas desenvolvem sentimentos de autoconfiança e de autogestão, cujo resultado se traduz em tomadas de decisão conscientes, partilhadas e responsáveis face aos seus projetos de saúde (Foss, 2011; Liu, Manias, Gerdtz, 2011; Burns, 2009; McEwen et al, 2009; Kaminsky, Rosenqvist, Holmstrom, 2008; Sipila et al., 2008; Scott-Smith, Greenhouse, 2007; Chan et al., 2006).

Atualmente a reflexão em torno da **competência cultural** tem despoletado nos enfermeiros uma procura constante de saberes no desenvolvimentoda prática clínica, sustentados em referenciais teóricos. Não comungando daquilo que na corrente mais comum do pensamento, aponta para uma dicotomia entre teoria e prática, constatamos que uma prática baseada na evidência é a chave para o desenvolvimento destas competências, que despontam das necessidades reais dos contextos de cuidados e cuja investigação contribui para a implementação da evidência científica. Silva (2010) constatou a cultura como uma dimensão que influencia a pessoa na adesão aos diferentes regimes terapêuticos, pelo que o conhecimento por parte dos enfermeiros das razões que levam a pessoa a decidir é crucial para uma intervenção eficiente e eficaz face às suas necessidades.

Este movimento proactivo teoria/prática constitui-se numa plataforma de construção de conhecimento, cujos resultados demonstram a necessidade de implementarmos intervenções culturalmente competentes para podermos capacitar as pessoas para o Autocuidado gestão dos regimes terapêuticos (Strunk, Townsen-Rocchiccioli, Sanford, 2013; Manias, 2010; Burns, 2009). Este conhecimento, em pessoas com doença cardiovascular e/ou diabetes, implica um investimento por parte dos enfermeiros no desenvolvimento de competências numa área

nobre do processo de cuidados: a promoção da saúde, uma vez que só poderemos capacitar as pessoas para o seu autocuidado, se mobilizarmos e integrarmos nas nossas intervenções a essência do conceito, pois, tal como Scala et al (2008) afirmam, *health promotion is the process of enabling people to increase control over the determinants of health and thereby improve their health. Participation is essential to sustain health promotion action.*

Constatamos que toda a análise desenvolvida neste artigo tem por base o conceito referenciado anteriormente. Relevamos assim a importância de uma prática baseada na evidência, no sentido da construção do conhecimento científico que deve fazer parte da formação ao longo da vida dos enfermeiros, numa perspetiva de melhoria contínua da qualidade dos cuidados. A **promoção da saúde** como intervenção de enfermagem sobressai em alguns dos artigos/estudos analisados, com resultados que podem ser extrapolados para a prática clínica. Todas as intervenções neste âmbito, em que o envolvimento e capacitação da pessoa são mobilizados, traduzem-se em ganhos em saúde.

O processo de cuidados desenvolve-se numa parceria dinâmica entre quem necessita de cuidados e o profissional que mobiliza todos os saberes para o executar e controlar (Amendoeira, 2000). Quando falamos de parceria, os resultados obtidos apontam questões relacionadas com a participação ativa das pessoas no processo, responsabilização na construção dos seus projetos de saúde, promoção da literacia em saúde individual e coletiva, numa perspetiva de construção da cidadania ativa das pessoas e da sociedade em geral (Strunk, Townsen-Rocchiccioli, Sanford, 2013; Frieberg, Granum, Bergh, 2012; Foss, 2011; Liu, Manias, Gerdtz, 2011; Burns, 2009; Kaminsky, Rosenqvist, Holmstrom, 2008; Sipila et al., 2008; Scott-Smith, Greenhouse, 2007; Chan et al., 2006).

## **CONCLUSÃO**

Os resultados encontrados são cruciais para a promoção do Autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoas com doença crónica, onde se incluem as doenças cardiovasculares e a diabetes. A discussão aqui explanada permite refletir de forma integradora sobre as intervenções desenvolvidas neste âmbito, demonstrando a janela de oportunidades que os enfermeiros detêm no desenvolvimento de competências para a capacitação de pessoas para o Autocuidado.

## BIBLIOGRAFIA

- (1) OE (2001). **Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Enquadramento conceptual. Enunciados descritivos.** Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- (2) OMS (2010). **World health statistics 2010**, World Health Organization
- (3) DGS (2010). **Elementos estatísticos - Informação Geral Saúde 2008**, Lisboa: MS
- (4) Petronilho, F. (2012). **Autocuidado. Conceito Central da Enfermagem.** Coimbra: Formasau.
- (5) Taylor, S. (2004). Teoria do Défice de Autocuidado de Enfermagem, In: Tomey; Alligood. **Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra: Modelos e Teorias de Enfermagem.** 5ª Ed. Loures: Lusociência.
- (6) Ai, A.; Carrigan, L. (2007). **Social-Strata-Related Cardiovascular Health Disparity and Comorbidity in an Aging Society: Implications for Professional Care.** In Health & Social Work, May, V 32 (2): 97-105.
- (7) Takahiro, H.; Shekelle, P.; Adams, J. (2005). **Quality of Care Is Associated with Survival in Vulnerable Older Patients.** American College of Physicians. V 143 (4): 274-281.
- (8) Silva, M. (2012). **A Enfermagem na capacitação para o autocuidado gestão dos regimes terapêuticos em pessoa com doença cardiovascular.** In Livro de atas. Conferência Internacional sobre Enfermagem Geriátrica. UCP – ICS e Fundação D. Pedro IV: 85-101.
- (9) Blanski, C.; Lenardt, M. (2005). **A compreensão da terapêutica medicamentosa pelo idoso.** Ver. Gaúcha Enfermagem, Agosto, 26(2): 180-188.
- (10) Brunton, S. (2011). **Improving Medication Adherence in Chronic Disease Management.** Supplement to The Journal of Family Practice. V. 60 (4).
- (11) Silva, M. (2010). **O ser humano e a adesão ao regime terapêutico. Um olhar sistémico sobre o fenómeno.** Coimbra: Formasau.
- (12) Pascucci, M.; Lazer, A.; Belknap, D.; Kodumthara, E. (2010). **Situational Challenges That Impact Health Adherence In Vulnerable Populations.** Journal of Cultural Diversity, V. 17(1): 4-12
- (13) DeSimone, M.; Crowe, A. (2009). **Nonpharmacological approaches in management of hypertension.** Journal of the American Academy of Nurse Practitioners, 189-196.
- (14) Lee, A.; Chui, A.; Tang, S.; Tsoi, T.; Fong, D. (2009). **Predictors of poststroke quality of life in older Chinese adults.** Journal of Advanced Nursing, 554-564pp.

- <sup>(15)</sup> Ben-Arye, E; Lear, A.; Doron, H.; Margalit, R. 2007. **Promoting Lifestyle Self-Awareness Among the Medical Team by the Use of an Integrated Teaching Approach: A Primary Care Experience.** The Journal of Alternative and Complementary Medicine, V 13 (4): 461-469.
- <sup>(16)</sup> Machado, M. (2009). **Adesão ao regime terapêutico : representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros.** (<http://hdl.handle.net/1822/9372>).
- <sup>(17)</sup> Henriques, M. (2006). **Adesão ao regime terapêutico em idosos. Revisão sistemática (2004-2006).** UL: ESEL.
- <sup>(18)</sup> Doran, D. (2003). **Nursing Outcomes, State of the Science.** Library of Congress Cataloging-in-Publication Data. 1ª Ed.
- <sup>(19)</sup> Strunk, J.; Townsend-Rocchiccioli, J.; Sanford, J. (2013). **The Aging Hispanic in America: Challenges for Nurses in a Stressed Health Care Environment.** MEDSURG Nursing. Jan-Feb. V 22 (1): 45-50.
- <sup>(20)</sup> Friberg, F.; Granum, V.; Bergh, A. (2012). **Nurses' patient education work: conditional factors – an integrative review.** Journal of Nursing Management, 20: 170–186.
- <sup>(21)</sup> Foss, C. (2011). **Elders and patient participation revisited – a discourse analytic approach to older persons' reflections on patient participation.** Journal of Clinical Nursing. 20: 2014–2022.
- <sup>(22)</sup> Liu, W.; Manias, E.; Gerdtz, M. (2011). **Understanding medication safety in healthcare settings: a critical review of conceptual models.** Nursing Inquiry. 18(4): 290–302.
- <sup>(23)</sup> Manias, E. (2010). **Medication communication: a concept analysis.** Journal of Advanced Nursing, 66(4): 933–943.
- <sup>(24)</sup> Nosbusch, J.; Weiss, M.; Bobay, K. (2010). **An integrated review of the literature on challenges confronting the acute care staff nurse in discharge planning.** Journal of Clinical Nursing, 20: 754–774.
- <sup>(25)</sup> Burns, S. (2009). **Application of the theory of planned behavior to oral anticoagulant therapy.** Nursing and Health Sciences, 11: 98–101.
- <sup>(26)</sup> Mcewen, S.; Polatajko, H.; Huijbregts, M.; Ryan, J. (2009). **Exploring a cognitive-based treatment approach to improve motor-based skill performance in chronic stroke: Results of three single case experiments.** Brain Injury. 23(13–14): 1041–1053.
- <sup>(27)</sup> Anthony, M. (2008). **Hypoglycemia in Hospitalized Adults.** Medsurg Nursing, 17(1): 31-40.

- (28) Kaminsky, E.; Rosenqvist, U.; Holmström, I. (2008). **Telenurses' understanding of work: detective or educator?**Journal of Advanced Nursing. 65(2): 382–390.
- (29) Sipilä, R.; Ketola, E.; Tala, T.; Kumpusalo, E. (2008). **Facilitating as a guidelines implementation tool to target resources for high risk patients – The Helsinki Prevention Programme (HPP)**.Journal of Interprofessional Care. 22(1): 31 – 44p.
- (30) Ridge, R. (2007). **Boosting insulin safety**.Nursing.37(2).
- (31) Scott-Smith, J.; Greenhouse, P. (2007).**Transforming care at the bedside: Patient-controlled liberalized diet**.Journal of Interprofessional Care. 21(2): 179 – 188.
- (32) Chan, M.; Yee, A.; Leung, E.; Day, M. (2006).**The effectiveness of a diabetes nurse clinic in treating older patients with type 2 diabetes for their glycaemic control**.Journal of Clinical Nursing. 15: 770–781.
- (33) Forster, A.; Murff, H.; Peterson, J.; Gandhi, T.; Bates, D. (2003).**The Incidence and Severity of Adverse Events Affecting Patients after Discharge from the Hospital**.Annals of Internal Medicine. 138 (3): 161-167.
- (34) Scala, D. (2008). **17th International Conference on Health Promoting Hospitals and Health Services**.
- (35) Amendoeira, J. (2000). O cuidado de enfermagem – que sentido(s)?, In: Costa, et al. **Ensino de Enfermagem: Processos e Percursos de formação. Balanço de um Projeto**. Lisboa: MS

# COMUNICAÇÃO / COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA EM ENFERMAGEM: DA FORMAÇÃO À UTILIZAÇÃO PELOS ENFERMEIROS

Maria Coelho<sup>1</sup>&Carlos Sequeira<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Escola Superior de saúde – Instituto Politécnico de Santarém

<sup>2</sup>Escola Superior de Enfermagem do Porto

## RESUMO

Para o enfermeiro a comunicação e ou a comunicação terapêutica são indispensáveis estando presentes em todas as situações de contacto com as pessoas.

No âmbito do estudo que estamos a desenvolver, na área da comunicação e, numa fase preliminar do mesmo, tivemos como objectivo identificar as temáticas comunicação e/ou comunicação terapêutica em planos de estudo no âmbito da formação dos enfermeiros e, em classificações utilizadas pelos enfermeiros, para registar/dizer a enfermagem.

Foi efectuada análise dos referidos documentos, partindo da oferta formativa de 34 escolas superiores de enfermagem/saúde e de três classificações utilizadas por enfermeiros.

Os resultados encontrados permitem afirmar que: em 71% das planos de estudo analisados, em 91% das intervenções classificadas (NIC), em 49% dos resultados (NOC) e no eixo Acção, da classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE), em 20% das acções classificadas, existe alusão directa ou indirecta a comunicação e ou a comunicação terapêutica.

Conclui-se que, os dados apresentados corroboram a importância da comunicação para a enfermagem e para os enfermeiros, o que vem reforçar simultaneamente a relevância desta e o interesse de que se constitua como alvo de investigação.

**Palavras-chave:** comunicação, comunicação terapêutica, enfermagem, enfermeiros.

## **ABSTRACT**

For nurses, the communication and/or the therapeutic communication are indispensable being present in all situations of contact with people.

Within the study we are developing in the area of communication and, at an early stage of it, we aimed to identify the themes communication and/or therapeutic communication in study plans in the training of nurses, and classifications used by nurses to register/tell nursing.

Analysis was made of the documents, from the formative offer of 34 schools of nursing/health and three classifications used by nurses.

The results obtained let us state that: in 71% of study plans analyzed, in 91% of the classified interventions (NIC), in 49% of the results (NOC) and in the Action axis of the international classification for the nursing practice (CIPE), in 20% of the classified actions, exists direct or indirect allusion to communication and/or therapeutic communication.

It is concluded that the data presented corroborate the importance of communication for nursing and for the nurses, which reinforces simultaneously the importance and interest that the communication constitutes a target research.

**Keywords:** communication, therapeutic Communication, nursing, nurses

## **INTRODUÇÃO**

O presente artigo foi elaborado a partir de um trabalho preliminar, efectuado no âmbito da investigação em desenvolvimento no curso de doutoramento, com o objectivo de identificar as temáticas comunicação e/ou comunicação terapêutica em planos de estudo no âmbito da formação dos enfermeiros e, em classificações utilizadas pelos enfermeiros para registar/dizer a enfermagem.

Partimos da premissa que a inclusão das temáticas anteriormente identificadas na oferta formativa das escolas superiores de enfermagem /saúde para a área de enfermagem, bem como, a sua presença em classificações utilizadas pelos enfermeiros constituir-se-ia como indicador importante da sua relevância para a enfermagem, conferindo assim, maior pertinência ao estudo – comunicação terapêutica em enfermagem: utilização pelos enfermeiros.

Estudar a comunicação terapêutica e a sua utilização pelos enfermeiros, implica analisar a temática da comunicação, considerando a abordagem de diferentes autores, bem como, chegar à definição do que se entende por comunicação terapêutica.

Verifica-se que, directamente relacionadas com a abordagem desta temática, e, na perspectiva de vários autores, surgem expressões como comunicação em enfermagem, comunicação terapêutica, relação interpessoal e relação terapêutica. Consta-se que, na abordagem efectuada pelos diferentes autores, existem várias zonas de intersecção, no entanto quanto à relevância da comunicação, para o dia-a-dia do enfermeiro como cuidador por excelência, parece haver unanimidade.

A relevância referida começa a ser justificada desde logo pela definição etimológica do termo comunicar que vem do latim *comunicare* e significa “por em comum”, “entrar em relação com”, partilhar (partilhar ideias, emoções, cultura(Nunes,2007), sendo nesta sequência, a comunicação referida por vários autores como inerente à natureza humana, um processo permanente, inevitável e universal.

O facto da comunicação ser considerada “condição *sin qua non*” da vida humana e da origem social (Watzlawick, Beavin e Jackson, 2002), bem como a afirmação de que, não se pode não comunicar(Watzlawick, Beavin e Jackson, 2002), vêm corroborar, a importância da comunicação para o enfermeiro.

A comunicação é uma das principais ferramentas para o desenvolvimento do ser humano. Comunicamo-nos para expressar necessidades, partilhar experiências, cooperar, para descobrir a nossa essência e ampliar a nossa consciência, a comunicação educa, estabelece laços e cultura, revela o nosso afecto e amor (Passadori,2009), ou seja, a comunicação pode ser considerada como condição fundamental da vida humana.

Numa comunicação, as nossas trocas compreendem duas componentes principais: uma parte informativa, ligada ao domínio cognitivo – o quê da mensagem - e uma parte mais afectiva ligada à maneira como é transmitida – o como (Phaneuf,2005).

Reforça-se assim, que o processo comunicacional contempla as expressões verbal, com a representatividade da linguagem no diálogo, e também a não verbal, que representa a essência da construção das relações humanas (Cardoso, Cesar-Vaz, Bonow e Sant’Anna, 2011).

É pois fundamental termos em conta que, como foi referido anteriormente, a comunicação não se refere somente à transmissão verbal, explícita e intencional de mensagens mas, inclui todos os processos através dos quais as pessoas se influenciam (Centeno,2009).

Nesta perspectiva, a comunicação apresenta-se como um elo entre o cliente e o enfermeiro, um elemento indispensável à qualidade das relações, na identificação do processo saúde doença e na realização do cuidado (Oliveira e Werlang, 2006).

Alguns autores consideram a comunicação como um instrumento básico, uma habilidade indispensável ao desempenho profissional, afirmando que é esta que torna possível o desenvolvimento de uma relação terapêutica entre o enfermeiro e a pessoa doente, outros porém, vão mais além ao afirmarem que, para os enfermeiros a comunicação não deve ser considerada apenas mais um instrumento básico para o relacionamento terapêutico, mas uma competência ou capacidade interpessoal (Araújo, Silva, e Puggina, 2007).

Esta comunicação poderá ser impessoal (robótica), ou pessoal (compreensiva) e, portanto, terapêutica ou não. Terapêutica será toda a interação na qual o enfermeiro atenda as reais necessidades de quem precisa de ajuda (Paula, Furegato e Scatena, 2000).

Entendemos assim que, e para ser terapêutica, a comunicação deve ter como objectivo a interação, ser intencional e consciente, concretizando-se numa resposta individualizada à pessoa sujeito de cuidados e simultaneamente contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem, considerando-se assim, um instrumento vital para uma análise criteriosa e uma tomada de decisões que conduza a um agir ético (Loch, Gauer e Casado, 2008).

Partindo dos aspectos apresentados pelos diversos autores consideramos que, a comunicação terapêutica deve atender aos seguintes requisitos:

- ter intencionalidade terapêutica – visa dar resposta a um objectivo específico;
- ter em conta a realidade específica de cada pessoa – é moldada pela necessidade em cuidados de enfermagem do outro;
- permitir identificar as verdadeiras necessidades de saúde das pessoas;
- o seu valor terapêutico poder ser autónomo (tranquilizar, capacitar,...) ou complementar (aumentar a eficácia de outra intervenção)
- promover sentimentos de confiança nas pessoas.

Torna-se desta forma imprescindível para o enfermeiro, o desenvolvimento de habilidades comunicacionais que lhe permitam desencadear relações interpessoais com qualidade (Pereira, 2005).

Assim, para alcançar o objectivo apresentado foram analisados:

- Planos de estudo de escolas superiores de enfermagem/saúde. Para tal, foram contactadas 34 escolas superiores de enfermagem / saúde (publicas e privadas, do continente e ilhas), via e-mail, no dia 4 de novembro de 2010, tendo sido enviado um pedido de colaboração solicitando, no que diz respeito à oferta formativa na área de enfermagem, informação sobre: os cursos que incluem conteúdos relativos à comunicação; as unidades curriculares onde são leccionados conteúdos sobre comunicação; o número de horas atribuídas a este tema em cada uma dessas unidades curriculares; o número total de horas das respectivas unidades curriculares e os conteúdos específicos sobre comunicação que são leccionados.

A informação foi obtida, por resposta directa à solicitação efectuada, e/ou por consulta, através de endereço electrónico, das páginas das escolas, nos dias 30/12/2010 e 03/01/2011.

A análise da informação obtida centrou-se, nas dimensões explicitadas anteriormente, nomeadamente na identificação da(s) temática(s) comunicação e ou comunicação terapêutica na designação da(s) unidades curriculares e/ou conteúdos referentes às mesmas, bem como as respectivas horas atribuídas, e cursos que incluíam estas temáticas.

Quanto às classificações utilizadas pelos enfermeiros, foram seleccionadas a classificação das intervenções de enfermagem (NIC), a classificação dos resultados de enfermagem (NOC) e a classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE, versão 1.0), e procedeu-se à análise de cada uma, procurando nas mesmas a presença de referências à comunicação e/ou à comunicação terapêutica.

- Três classificações utilizadas pelos enfermeiros: classificação das intervenções de enfermagem (NIC), classificação de resultados de enfermagem (NOC) e classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE).

A análise da **classificação das intervenções de enfermagem (NIC)**, (McCloskey e Bulechek, 2004), centrou-se inicialmente na parte 3 – “A classificação”, e posteriormente em todas as actividades descritas para cada intervenção.

Foram consideradas as actividades em que o termo utilizado no início da formulação da mesma alude directa ou indirectamente a comunicação ou a comunicar, e também as actividades cuja formulação apresenta no 2º termo, palavras já consideradas. Foram nesta etapa considerados os termos expressões apresentados no quadro nº 1.

### Quadro nº 1 - Expressões / Termos considerados

<b>Termos/Expressões consideradas</b>
Orientar, encorajar, discutir, ensinar, informar, explicar, comunicar, elogiar, oferecer informação, educar, esclarecer, escutar, dizer, ouvir, relatar, entrevistar, falar, cantar, combinar, solicitar e responder, alertar, elogiar, verbalizar, perguntar, promover comunicação, oferecer ensino, dar instruções, obter informação, oferecer informações.

Após a etapa descrita, cumpriu-se um segundo nível de análise, em que foram consideradas expressões indicativas de comunicação terapêutica, através da identificação de aspectos caracterizadores da mesma. Procedeu-se à leitura da totalidade de cada uma das actividades apresentadas e foram consideradas apenas aquelas cujo sentido global se enquadra na definição de comunicação terapêutica adoptada para o estudo. Desta forma, foram consideradas as actividades que incluíam na sua descrição as expressões apresentadas no quadro nº 2.

### Quadro nº 2 – Expressões consideradas

<b>Expressões consideradas</b>
Facilitar / auxiliar / permitir / encorajar / promover a expressão/partilha/verbalização/comunicação/manifestação de preocupações/sentimentos/emoções/medos/percepções/crenças e valores
Oferecer/proporcionar feedback/reforço/feedback positivo/reforço positivo
Estabelecer /construir/promover, relação/ relação interpessoal/terapêutica/de confiança
Oferecer / facilitar/providenciar, apoio emocional
Ajudar/auxiliar/orientar a identificar estratégias/habilidades de enfrentamento
Escutar / ouvir /ouvir atentamente os sentimentos / preocupações
Desenvolver/estabelecer relação de apoio
Auxiliar o paciente a desenvolver auto-estima
Demonstrar empatia, cordialidade e autenticidade
Preparar psicologicamente
Dar/oferecer afirmação positiva do seu valor

Comunicação terapêutica
Oferecer apoio interpessoal
Oferecer conforto psicológico
Aceitar expressão de emoções
Auxiliar o paciente a lidar com emoções intensas
Criar relação terapêutica e de apoio
Reforçar os pontos positivos pessoais
Encorajar interacção.

Cumpriu-se ainda uma 3ª etapa de análise, em que foram considerados para cada intervenção os termos e expressões referidos nas duas etapas anteriores. Salienta-se que cada intervenção foi considerada apenas uma vez.

Quanto à **classificação dos resultados de enfermagem (NOC)**, (Johnson, Maas e Moorhead 2004), a análise numa primeira etapa centrou-se na identificação de resultados cuja formulação incluísse os termos comunicação ou comunicar. Numa segunda etapa passou-se à leitura dos indicadores apresentados para cada um dos resultados.

Foi efectuada a leitura de todos os indicadores apresentados para cada resultado, no entanto, todos os que ofereciam dúvidas, quer pela formulação apresentada, quer pelo contexto ou circunstâncias a que se referiam, não foram considerados;

Considerámos os resultados de enfermagem em cujos indicadores há alusão directa ou indirecta à utilização da comunicação ou da comunicação terapêutica, de acordo com as expressões apresentadas no quadro nº 3.

### **Quadro nº 3 – Expressões consideradas**

<b>Expressões consideradas</b>
Sentimentos expressos (...); Expressão de sentimentos (...) Expressa sentimentos (...) ou pensamentos (...) ou confiança (...);
Busca de informação (...); provisão de informação (...); oferece informação (...); obtém informação (...); usa informação (...)
Enfrentamento de situações (...); Identificação de estratégias de enfrentamento; Uso de

estratégias ou de mecanismos de enfrentamento (...); Planeia estratégias de enfrentamento (...); Comportamentos de enfrentamento(...); Estratégias relatadas (...)
Participação na interacção (...); Interacção com (...); Interage (...); Mostra prazer com as interacções (...)
Relações interpessoais (...); Manutenção de relações (...); Mantém relações sociais (...); Expressa fortes laços (...); Apoio percebido (...)
Comunicação com (...); Comunica (...)
Verbalização de (...); Uso de linguagem verbal; Uso de linguagem não verbal; Usa clareza no discurso; Interpreta linguagem escrita, falada, não verbal;
Reconhecimento de mensagens recebidas; Reage adequadamente aos indicadores visuais, auditivos, tácteis, olfactivos ou aos indicadores linguísticos;
Explica as razões (...); descrição de (...); relata (...); descreve (...)
Escuta (...); Sorri (...); expressões faciais (...)

No que se refere à **classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE, versão 1.0)**, (International Council of Nurses, 2005), a análise centrou-se nos eixos foco, recursos e acção. Procedeu-se a uma leitura exaustiva de cada uma, e das respectivas especificações. Foram considerados nos eixos Foco e Recursos os termos comunicação e comunicar e no eixo Acção, as acções que se apresentam no quadro nº 4:

#### **Quadro nº 4 - Acções consideradas**

<b>Acções consideradas</b>
abraçar, aconselhar, advogar, apoiar, colaborar, confortar, consultar, contactar, conversar, descrever, documentar, educar, elogiar, encorajar, ensinar, entrevistar, envolver, escutar, explicar, incentivar, informar, instruir, interpretar, mandar, mediar, negociar, orientar, prescrever, registar, referir, reforçar, relacionar, relatar, tocar, tranquilizar, solicitar, advogar pelo cliente, estabelecer uma ligação, mediação cultural, orientar antecipadamente, trabalhar em rede, segurar na mão.

## RESULTADOS E DISCUSSÃO

Apesar de nos termos centrado inicialmente, na solicitação feita às escolas, nos diferentes ciclos de estudo, porque a informação a que tivemos acesso é muito díspar, centramo-nos a partir daqui apenas nos dados referentes ao Curso de Licenciatura em Enfermagem e nas dimensões para as quais foi possível obter informação.

Assim, a informação foi obtida para 82% das escolas inicialmente contactadas, 50% por via electrónica e 32% por resposta direta ao pedido enviado. Em 18% não tivemos acesso a qualquer informação, por não termos obtido resposta à solicitação efetuada e por esta não se encontrar disponível, nas respectivas páginas, nos dias referidos.

É importante referir que, em 54% das escolas em que se obteve informação, foi possível aceder à designação das Unidades Curriculares, o que nos permitiu verificar que em 47% destas, o plano de estudos do 1º ciclo, apresenta Unidades Curriculares cuja designação nos remete directamente para a área da comunicação.

Em 46% das escolas tivemos acesso à descrição dos conteúdos das Unidades Curriculares e pudemos constatar que todas incluem nos planos de estudos conteúdos referentes à comunicação. Este nível de análise permitiu-nos verificar igualmente que, os conteúdos relativos à comunicação ou à comunicação terapêutica nem sempre são leccionados em unidades curriculares, cuja designação inclua alusão expressa à temática em si.

Em 41% das escolas apenas tivemos acesso à designação das Unidades curriculares e destas 47% apresentam na sua designação alusão explícita à comunicação

Os dados apresentados permitem afirmar que, em 71% (20) das escolas, e no que se refere ao curso de licenciatura em enfermagem, se encontraram nos respectivos planos de estudo, unidades curriculares e /ou conteúdos com referência explícita à comunicação e/ou comunicação terapêutica.

É importante salientar que, a inclusão de conteúdos relativos à comunicação ocorre em Unidades Curriculares cuja designação nos remete para tal, ou em Unidades Curriculares com outras designações, tendo-se observado, pontualmente, referência a conteúdos relativos a comunicação terapêutica.

Perante este facto é possível que, mesmo não existindo unidades curriculares com uma designação que aluda especificamente a esta área, o plano de estudos inclua conteúdos relativos à comunicação e ou comunicação terapêutica

Este aspecto foi reforçado numa das respostas que obtivemos, e que pensamos poder ilustrar a realidade, ao referir que, “os assuntos relacionados com a comunicação não surgem explícitos no currículo sob a forma de unidades curriculares, no entanto, é um dos temas abordados ao longo de todo o curso, ... nomeadamente ... quando simulamos consultas em sala de aula ... em cada ensino clínico ... a comunicação é uma ferramenta fundamental na enfermagem”.

Considerando, como é afirmado na resposta referenciada e corroborado teoricamente por vários autores, que a comunicação é uma ferramenta fundamental para o enfermeiro, não seria espectável que esta surgisse de forma explícita e com algum grau de relevância nos planos de estudo de todas as escolas?

Neste contexto, é importante ter em conta que como afirma Pereira (2008), a competência comunicativa emerge como um aspecto essencial para os enfermeiros e neste sentido todos os esforços para ampliar esta competência devem ser desenvolvidos.

Quanto às classificações utilizadas pelos enfermeiros e no que se refere à classificação das intervenções de enfermagem (NIC), partir das 486 intervenções classificadas e considerar na formulação das actividades para cada intervenção os termos ou expressões anteriormente referidos, permitiu-nos identificar a presença de comunicação em 83% das intervenções classificadas NIC.

A comunicação terapêutica, por sua vez, tendo como referência o conceito adoptado no estudo, e a presença das expressões apresentadas, na formulação das actividades, permitiu-nos identificar referência a comunicação terapêutica em 24% das intervenções classificadas. Assim, conjugando os dois níveis de análise anteriores, considerando as intervenções em que está presente comunicação mais aquelas em que foi identificada presença de comunicação terapêutica (contadas apenas uma vez), podemos constatar que 91% das intervenções classificadas na classificação de intervenções de enfermagem NIC, inclui alusão a comunicação e, ou, a comunicação terapêutica.

Quanto à classificação dos resultados de enfermagem (NOC) apenas três resultados apresentam na sua formulação, referência a comunicação.

No entanto, a leitura exaustiva dos indicadores para cada resultado, considerando as expressões referidas permitiu-nos identificar a presença de referências a comunicação e/ou comunicação terapêutica em (49%), dos resultados classificados, na classificação dos resultados de enfermagem (NOC).

No que se refere à classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE, versão 1.0), há referência a comunicação nos eixos: FOCO “área de atenção relevante para a enfermagem” (International Council of Nurses, 2005:33), com 3 referências; no eixo RECURSOS “forma ou método de concretizar uma intervenção” (International Council of Nurses, 2005:111), com referência a 10; no eixo ACÇÃO “processo intencional aplicado a, ou desempenhado por um cliente” (International Council of Nurses, 2005:129), foram considerados as acções de o que permitiu identificar a área da comunicação presente em 20% das acções descritas.

A presença da área da comunicação nas classificações utilizadas pelos enfermeiros, bem como, os resultados obtidos na análise das mesmas, evidencia a importância que esta assume quer como intervenção de enfermagem, quer como resultado. Este aspecto é corroborado por diversos autores ao afirmarem que a comunicação é uma parte fundamental do exercício profissional do enfermeiro, e a habilidade em comunicar é um aspecto essencial no processo interativo.

## **CONCLUSÃO**

A constatação já apresentada de que, não se pode não comunicar, bem como a abordagem de diferentes autores sobre a importância dos aspectos comunicativos nos cuidados de enfermagem, leva-nos a reconhecer uma certa concordância teórico-conceitual quanto à relevância desta temática.

Para ser terapêutica, a comunicação deve ser intencional e consciente, concretizando-se numa resposta individualizada à pessoa, sujeito de cuidados, e simultaneamente contribuir para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

As referências a comunicação e/ou comunicação terapêutica, estão presentes nos diferentes documentos analisados, o que entendemos, se pode constituir também num indicador importante da relevância desta temática para a enfermagem.

Em todas as escolas onde foi possível consultar os conteúdos a leccionar, encontramos referência a conteúdos específicos da área da comunicação, e, constatámos também que estes podem ser leccionados em unidades curriculares cuja designação pode incluir, ou não, referência direta à comunicação.

Os dados analisados permitem-nos ainda concluir que, 71% das escolas a que acedemos à informação incluem nos seus planos de estudo para o 1º ciclo, unidades curriculares e /ou conteúdos com referência explícita à comunicação.

Quanto às classificações selecionadas podemos concluir que na classificação das intervenções de enfermagem (NIC), há alusão a comunicação ou a comunicação terapêutica em 91% das intervenções classificadas.

Na classificação dos resultados de enfermagem (NOC), aproximadamente metade dos resultados classificados (49%), apresentam indicadores que nos remetem para a comunicação ou para a comunicação terapêutica

Na classificação internacional para a prática de enfermagem (CIPE, versão 1.0), encontramos referência a comunicação ou a comunicação terapêutica em 20% das acções descritas.

Apesar da presença por vezes bastante expressiva, da comunicação nos diferentes documentos analisados, seria importante que a comunicação terapêutica, que nos remete para a habilidade do enfermeiro em usar o seu conhecimento sobre comunicação, para ajudar as pessoas, fosse apresentada de forma explícita nos planos de estudo. Seria igualmente importante existir referência, não apenas aos conteúdos, mas também, ao “como”, com a explicitação de estratégias a adoptar para tornar a comunicação verdadeiramente terapêutica nos cuidados de enfermagem.

## **BIBLIOGRAFIA**

- Nunes JM. Comunicação em contexto clínico. Lisboa: Ed. Bayer HealthCare; 2007.-
- Watzlawick P, Beavin J, Jackson D. Pragmática da comunicação humana. São Paulo: Cultrix Lda.; 2002
- Passadori R. As sete dimensões da comunicação. S. Paulo: Editora Gente; 2009.
- Phaneuf M. Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures: Lusociência; 2005.
- Cardoso LS, Cezar-Vaz MR, Bonow CA, Sant'Anna CF. Processo comunicacional: instrumento das atividades em grupo na estratégia Saúde da Família. Rev. Esc Enferm USP. 2011 dez; 45 (6): 1323-30.
- Centeno MJ. O conceito de comunicação na obra de Bateson: interacção e regulação. Covilhã: Livros Labcom; 2009.
- Oliveira MS, Werlang BS. Temas em psicologia. São Paulo: Casa do Psicólogo; 2006.

- Araújo MMT, Silva MJP, Puggina ACG. A comunicação não-verbal enquanto fator iatrogénico. Rev Esc Enferm. USP. 2007 set; 41 (3):419-25.
- Paula AAD, Furegato ARF, Scatena MCM. Interação enfermeiro-familiar de paciente com comunicação prejudicada. Rev latino-am enfermagem. 2000 ago; 8(4): 45-51.
- Loch JA, Gauer GJ, Casado M. Bioética, interdisciplinaridade e prática clínica. Porto Alegre: EDIPUCRS; 2008.
- Pereira MAG. Má notícia em saúde: um olhar sobre as representações dos profissionais de saúde e cidadãos. Texto Contexto Enferm. 2005 janeiro-março; 14(1): 33-7
- Mccloskey JC, Bulechek GM. Classificação das intervenções de enfermagem (NIC). Porto Alegre: Artmed; 2004.
- Johnson, M., Maas M, Moorhead S. Classificação dos resultados de enfermagem (NOC). Porto Alegre: Artmed; 2004.
- International Council of Nurses. Classificação internacional para a prática de enfermagem: versão1.0. Geneva; 2005.
- Pereira MA. Comunicação de más notícias e gestão do luto. Coimbra: Formasau; 2008.

# CONDIÇÕES DE ALIMENTAÇÃO EM CRIANÇAS DO PRÉ-ESCOLAR E 1º CICLO – PROJETO DE INVESTIGAÇÃO-AÇÃO

José Amendoeira<sup>2</sup>; Maria do Carmo Figueiredo<sup>1</sup>; Hélia Dias<sup>1</sup>; Celeste Godinho<sup>1</sup>;  
Anabela Cândido<sup>1</sup>; Cláudia Urbano<sup>3</sup> & Maria Montez<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Instituto Politécnico de Santarém/Escola Superior de Saúde de Santarém/UMIS/UIIPS

<sup>2</sup>Instituto Politécnico de Santarém/Escola Superior de Saúde de Santarém/UMIS/UIIPS/ Investigador no CIIS/UCP

<sup>3</sup>Instituto Politécnico de Santarém – Escola Superior de Saúde de Santarém/UMIS/UIIPS.

<sup>4</sup>Câmara Municipal de Santarém

## RESUMO

O presente artigo pretende retratar as diferentes fases inerentes ao processo de investigação ação, descrevendo e analisando os diferentes indicadores de avaliação de processo e resultado prevaletentes no âmbito no projeto Escola Promotora de Saúde – Condições de alimentação e prevalência de obesidade em crianças do pré-escolar e 1º ciclo, integrado na Unidade de Monitorização de Indicadores de Saúde (UMIS).

O Modelo de Sistemas de Neuman constituiu a base do nosso raciocínio, fornecendo contributos enquanto suporte teórico para compreendermos inputs, stressores e outputs face ao fenómeno em estudo, bem como a intervenção conjunta, desenvolvida numa lógica de parceria entre diferentes sectores: saúde, educação, autarquias e empresas, num assumir de responsabilidades mútuas, em todos os agrupamentos escolares do concelho.

A avaliação da eficácia da nossa intervenção consiste, nesta etapa do projeto, em avaliarmos as atitudes e manifestações face aos inputs introduzidos no sistema criança e ambiente criado no âmbito de uma alimentação saudável, visando como principais outputs a promoção do desenvolvimento pessoal e social das crianças e a construção de conhecimentos/atitudes face a estilos de vida saudáveis.

**Palavras-chave:** Alimentação; Prevenção da obesidade; Investigação-ação

## **ABSTRACT**

This article aims to portray the different stages inherent in action research, describing and analyzing the different indicators of process and outcome evaluation of prevailing under the Health Promoting School Project - conditions of feeding and obesity prevalence in children from preschool and 1st cycle, integrated Monitoring Unit in Health Indicators (UMIS).

The Neuman Systems Model is the basis of our reasoning, providing contributions while theoretical support to understand inputs, outputs and stressors to the phenomenon under study, as well as joint intervention, developed a logic of partnership between different sectors: health, education, municipalities and companies, a mutual assumption of responsibility in all school groups in the county.

Assessing the effectiveness of our intervention is, at this stage of the project, assess the attitudes and demonstrations against the inputs into the system and child environment created within a healthy, targeting the main outputs promoting personal and social development of children and the construction of knowledge / attitudes to healthy lifestyles.

**Keywords:** Food, Obesity Prevention; Action inquiry

## **INTRODUÇÃO**

No atual contexto de saúde, a compreensão dos determinantes dos estilos de vida das pessoas, que se desenvolvem numa complexa interação de fatores individuais (genéticos, biológicos e psicológicos) e bem assim de fatores ambientais, económicos, sociais e culturais, torna necessariamente emergente a implementação de projetos centrados em contextos específicos como as escolas, predominantemente orientados para a capacitação dos indivíduos para a adoção de estilos de vida saudáveis e para a criação de condições ambientais, organizacionais e sociais mais favoráveis à saúde.

É neste enquadramento que surge o presente projeto, cuja entidade promotora (Câmara Municipal de Santarém), sustenta esta iniciativa nas suas atuais competências, nomeadamente aquelas se situam ao nível da ação social escolar na *gestão de refeitórios e fornecimento de refeições* (Decreto-Lei nº 144/2008 de 28 de Julho, artº 7) <sup>1</sup>, assumindo-se assim como participante ativo numa das dimensões mais importantes da oferta alimentar nos contextos escolares. Neste enquadramento legal, e consciente da necessidade de um diagnóstico de situação relativo aos hábitos alimentares da população estudantil do

concelho, e mais objetivamente, a um diagnóstico de situação relativo à obesidade e seus fatores, endereçou um convite à Escola Superior de Saúde de Santarém para integrar este projeto como consultora, integrando simultaneamente a equipa operativa, elegendo ainda como parceiros o ACES Ribatejo - UCC Santarém, a ADEXO -Associação para a prevenção da Obesidade Infantil, a Plataforma contra a Obesidade, a Nestlé, o Continente e o Lidl e obviamente os Agrupamentos Escolares do Concelho.

Valorizamos a importância atribuída à *investigação e desenvolvimento em saúde*, para que as atividades de observação ou intervenção desenvolvidas sejam baseadas no conhecimento cientificamente validado, em todas as fases do ciclo de vida. Estes pressupostos associados às preocupações anteriormente mencionados no que à obesidade diz respeito, remetem-nos para a pertinência de elegermos esta como o nosso foco de intervenção neste projeto para o qual se definiram como objetivos:

- Realizar um diagnóstico de situação, equacionando problemas e necessidades na comunidade escolar no âmbito da alimentação
- Planear a intervenção adequada e individualizada, com estratégias de educação para a saúde
- Promover o desenvolvimento pessoal e social das crianças e adolescentes pela construção de conhecimentos/atitude face a estilos de vida saudáveis

Para uma melhor compreensão sobre o fenómeno da obesidade, relevamos o modelo de Sistemas de Betty Neuman, enquadrado numa construção teórica sustentada na teoria sistémica, cuja definição se baseia em três eixos principais, nomeadamente o ser humano, os stressores e a resposta aos mesmos, numa relação de complementaridade,

Permite apreciar o ser humano (neste contexto, a criança) como um sistema total, aberto, multidimensional e dinâmico, onde a reciprocidade com os outros sistemas se torna evidente, na resposta aos stressores do ambiente. (George, 2000) <sup>2</sup>, podendo ser influenciado por forças ambientais positivas ou negativas, em qualquer momento.

O ajustamento do sistema evidencia o output, o input e o feedback entre a criança e o ambiente, numa dinâmica aberta cuja finalidade é o bem-estar e a harmonia.

Nesta linha de raciocínio, difundir o desenvolvimento de comportamentos socialmente adequados em crianças, que sejam simultaneamente favoráveis à saúde, constitui um dos maiores desafios para um educador de saúde; tal premissa remete-nos para uma necessidade implícita de que aqueles sejam informados mas igualmente capacitados para

tomarem decisões e assumirem a responsabilidade pela sua saúde, desenvolvendo competências para adotarem estilos de vida saudáveis e para se tornarem agentes transformadores do seu envolvimento físico e social nesse sentido (Matos, 2006)<sup>3</sup>.

Nesta linha de pensamento, (Gorayed,2002)<sup>4</sup> remete-nos para a importância do desenvolvimento de habilidades de vida, nomeadamente a capacidade de decisão, de resolução de problemas, de pensamento crítico e criativo, de comunicação e relacionamento interpessoal eficazes, de autoconhecimento e empatia, e de lidar com emoções e com o stress, entendidas como fundamentais para que as crianças consigam desenvolver comportamentos adaptativos e positivos em matéria de saúde. Tais habilidades possibilitam que estes consigam negociar eficazmente os desafios do quotidiano, pela transformação de conhecimentos, atitudes e valores em ações positivas e hábitos traduzidos em padrões de comportamentos observáveis que favorecem a saúde (Russel, 1996)<sup>5</sup> entendidos assim como comportamentos de saúde, intimamente ligados aos estilos de vida e traduzindo o resultado de interações num contexto estrutural, cultural e social.

O estabelecimento de padrões alimentares saudáveis na infância é importante para o seu desenvolvimento e para a manutenção de uma alimentação saudável ao longo da vida. É nestas fases da vida que se criam ou consolidam hábitos alimentares que permanecerão ao longo da mesma (Precioso e Silva, 2004)<sup>6</sup>. A criança enquanto sistema aberto, constrói perspetivas diferentes e únicas que determinam à partida a adoção de comportamentos adequados que permitam encontrar o equilíbrio. As intervenções personalizadas dos educadores de saúde, funcionando como input neste sistema, têm como objetivo ajudar a encontrar ou a manter o equilíbrio tendo em conta a promoção de estilos de vida saudáveis. Como fonte de energia fundamental introduzida, relevamos a informação fornecida sobre o conceito de alimentação, entendida como o “combustível” da vida, dado que, nos fornece nutrientes para a realização das nossas atividades diárias. Destaca-se nesta lógica a importância de sensibilizar, fornecer conhecimentos, desenvolver atitudes e capacitar as crianças a adotarem padrões de alimentação saudável para promoverem a sua própria saúde e a dos que mais tarde poderão ficar à sua responsabilidade (Precioso e Silva, 2004)<sup>6</sup>.

As intervenções com a criança, numa lógica de processamento do sistema, centram-se no objetivo de ajudar a encontrar ou a manter o equilíbrio tendo em conta a promoção de estilos de vida saudáveis, contribuindo para a construção de perspetivas diferentes e únicas

que determinam à partida a adoção de comportamentos adequados que permitam encontrar o equilíbrio.

Uma alimentação saudável, em todas as fases da vida dos seres humanos contribui para:

- a) Ajudar as crianças a atingirem todo o seu potencial para a aprendizagem e favorecer o seu desenvolvimento físico;
- b) Uma maioridade e velhice saudáveis;
- c) As doenças agudas serem menos frequentes, menos graves e de duração mais curta e as doenças não transmissíveis (doenças cardiovasculares, alguns tipos de cancro, diabetes, obesidade...) ocorrerem com menos frequência;
- d) Uma melhor imagem corporal e elevação da autoestima, o que pode conduzir à diminuição dos riscos de ocorrência de doenças relacionadas com comportamentos alimentares (bulimia e anorexia);
- e) Reduzir em gravidade os problemas associados ao parto;
- f) Reduzir o risco de osteoporose e contribuir para uma melhor mobilidade na velhice;
- g) A economia individual, familiar e social. Pessoas bem alimentadas, são mais saudáveis, mais produtivas e isso contribui para a economia familiar e nacional; (Precioso e Silva,2004)<sup>6</sup>.

A prevenção da obesidade, enquanto foco de atenção de enfermagem, e resultante do processo de transformação do sistema, é um fenómeno sujeito a Stressores positivos ou negativos, consoante o contexto e a especificidade de cada criança e da situação. (Neuman,1995)<sup>7</sup> considera que o sistema/cliente tem variáveis de ordem fisiológica, psicológica, sociocultural, espiritual e desenvolvimentista. E considera a presença de linhas flexíveis de defesa, cuja energia, tendo em linha de conta as variáveis e a sua relação com os stressores, suporta o equilíbrio e a estabilidade do sistema.

Sempre que os níveis de energia disponíveis ou com possibilidade de ser gerada excedem as necessidades, todas as partes do sistema se encontram em harmonia com o todo, considerando-se esta uma condição de bem-estar (George, 1995)<sup>2</sup>, constituindo-se o resultado da satisfação das necessidades do ser humano.

Ultrapassando os modelos baseados nas necessidades, que compartimentam as pessoas em vez de as considerar na globalidade e num contexto determinado (Rosa e Bastos, 2009)<sup>8</sup>, o conceito de necessidades aqui presente denota uma inter-relação direta com o contexto em

que a criança vive, sendo que as necessidades de uma criança são diferentes das de outra e cabendo a cada técnico avaliar as necessidades relevantes no seu contexto espacial e temporal, sabendo-se que ao longo da vida, as necessidades nutricionais modificam-se e sofrem alterações, de acordo com a idade, estilo de vida e metabolismo.

O conceito de Alimentação Saudável está essencialmente associado a três fatores: “menos gordura”, “mais fruta e vegetais” e “alimentação variada e equilibrada” (Lappalainen, 1998)<sup>9</sup>, o que vai ao encontro da declaração da “First Global Ministerial Conference on Healthy Lifestyles and Noncommunicable Disease Control” onde se afirma que a promoção de uma alimentação saudável passa pela redução do consumo de gordura saturada, de sal e de açúcar e através do aumento do consumo de fruta e produtos hortícolas; hábitos alimentares saudáveis proporcionam ao organismo humano condições para uma vida saudável, acrescentando anos com saúde e disposição aos indivíduos que se proponham a ter uma dieta equilibrada e pautada na moderação.

Relativamente à prevalência da obesidade infantil em Portugal, um estudo desenvolvido revelou que a prevalência do excesso de peso e obesidade em crianças portuguesas entre os sete e os nove anos é de 31,5% (identificando 20,3% das crianças com excesso de peso e 11,2% obesas) sendo que os rapazes apresentavam em media uma estrutura mais elevada do que as raparigas, e sucessivamente percentagens de excesso de peso e obesidade superiores (Padez, Fernandes, Mourão e Moreira, 2004)<sup>10</sup>

Segundo a Carta Europeia de Luta Contra a Obesidade Infantil (2006)<sup>11</sup>, a epidemia da obesidade, surgiu devido as alterações sociais, económicas e ambientais do estilo de vida da população. Esta carta tem como objetivo inverter esta epidemia da obesidade procurando desenvolver estratégias promotoras de hábitos alimentares saudáveis e da prática da atividade física.

Segundo OMS (Organização Mundial de Saúde, 2006)<sup>11</sup> o sedentarismo é um dos fatores de risco que esta relacionada com obesidade está é definida como a ausência ou diminuição de atividades físicas ou desportivas. Considerado como a doença do século, está associada ao comportamento do quotidiano decorrente dos confortos da vida moderna. A mudança de hábitos alimentares, bem como o estilo de vida inativo da população, o excesso de horas a ver televisão, exagero dos fast food e uma má alimentação são fatores determinantes para o excesso de peso da população.

Porém, a importância da obesidade e da pré- obesidade na saúde infantil está relacionada com o desenvolvimento psicossocial, constituindo-se aquela como um fator de risco importante, associada a distúrbios psicológicos nas crianças assim como a diminuição da auto estima, isolamento social e diminuição da participação em atividades coletivas.

Uma das grandes preocupações com a obesidade na infância e adolescência prende-se com o facto de existir uma forte ligação entre a obesidade na infância e adolescência e a sua persistência na idade adulta (Sousa, 2009) <sup>12</sup>.

Perante todo um conjunto de inquietações que temos procurado sustentar, procurámos um desenho de investigação assente numa atitude de questionamento acerca das práticas existentes e que permita ensaiar novas práticas num contexto real.

## **METODOLOGIA**

No que se refere ao desenvolvimento e operacionalização, foi definido pelos parceiros como de toda a pertinência que este projeto, quanto ao nível de abrangência, fosse ampliado a todos os agrupamentos do concelho de Santarém, num cronograma operacionalizado por fases: Fase I - Diagnóstico preliminar do projeto, Fase II - Diagnóstico de situação relativo a obesidade e seus fatores nas crianças do pré-escolar e 1º ciclo, seguindo-se as Fases III (Diagnóstico de situação e intervenção nas Escolas (2º e 3º ciclos) e Fase IV (Acompanhamento e Monitorização da Intervenção desenvolvida, com avaliação e Relatório final).

Desta forma o projeto tem-se desenvolvido, assente num modelo de ciclos em espiral, em diferentes etapas, desde a etapa preliminar, na qual se realizaram reuniões de avaliação da pertinência do projeto com Diretores dos Agrupamentos / Escolas, apresentando simultaneamente o seu enquadramento conceptual e epidemiológico, a que se seguiu uma caracterização dos agrupamentos/estabelecimentos de ensino (distribuição população escolar idade/sexo/ano; pessoal docente e não docente), da qual relevamos um total de 3456 crianças (2469 do 1º ciclo e 987 do pré escolar de todos os agrupamentos escolares do concelho), sob o qual incidiu esta fase do projeto.

Simultaneamente desenvolveram-se reuniões para definição de parcerias (definição dos participantes a envolver, estatuto e nível de participação) e de esclarecimento do protocolo do desenho do projeto, enunciando as questões éticas e salvaguardando que seriam respeitados os princípios da Declaração de Helsínquia (2008), informando sobre os objetivos

do estudo, todos os parceiros intervenientes, respetivos papeis e ligações institucionais, e ainda patrocinadores (como o Continente e posteriormente o Lidl); foram ainda identificadas as intervenções possíveis de desenvolver, nomeadamente avaliação antropométrica, sessões interativas, captação de imagem e aplicação de questionário a uma amostra representativa de crianças, clarificando os respetivos objetivos

Procedeu-se à adaptação e validação de um instrumento (*Questionário de Frequência Alimentar e Hábitos Saudáveis*) com a participação de peritos da DGS e do Instituto Ricardo Jorge. Trata-se de um questionário constituído por 35 questões, divididas em quatro dimensões: dados socioeconómicos da família nuclear (6 questões), e dados da criança: hábitos de sono (4 questões); hábitos alimentares (13 questões) e hábitos de atividade física e/ou de tempos livres (12 questões). O referido instrumento foi registado no sistema de Monitorização de Inquéritos em Meio Escolar com o nº 0140600001 a 30 de setembro de 2010, após o que se procedeu à apresentação da metodologia e definição de estratégias de aplicação do mesmo, mobilizando professores e pais (responsáveis pelo preenchimento), procurando o envolvimento de todos, uma vez que na tipologia da investigação ação a participação do grupo é um elemento fulcral.

Para aplicação do instrumento no ano letivo 2011/2012, definiu-se uma amostra estratificada a 50% a nível do pré-escolar (494 crianças), e do 1º ciclo (1224 crianças) perfazendo uma amostra total de 1728 crianças. Foram rececionados 1369 questionários preenchidos, o que denota uma taxa de retorno de 80%.

A introdução dos resultados em base de dados e conseqüente tratamento e análise dos mesmos, contou com a participação ativa dos estudantes de 1º ciclo da Escola Superior de Saúde de Santarém (ESSS), na Unidade Curricular Investigação/Área Temática Estatística e Informática, desenvolvendo desta forma aprendizagens no âmbito da Estatística e da utilização do programa SPSS (Statistical Package for Social Sciences), com recurso à estatística descritiva.

## **RESULTADOS**

Participaram neste inquérito 1369 crianças (46,9 % dos sexo masculino e 53,1 do sexo feminino), destacando-se como principais tendências:

- Relativamente aos hábitos alimentares; um consumo adequado de laticínios como leite, iogurtes, queijos, entre outros que são essenciais ao funcionamento e crescimento infantil, e

que se constituem como stressores positivos; um consumo inadequado de carne vermelha (86% das crianças consomem este produto em número superior ou igual a três vezes por semana), por vezes associado a frequências de ingestão de pizzas e hambúrgueres também elevadas; os legumes mais consumidos são os ingredientes da sopa, em detrimento dos constituintes das saladas; a fruta mais consumida pelas crianças é a maçã e a pera, sendo frequente alguma monotonia na ingestão destes produtos;

- Relativamente a hábitos de atividade física e/ou tempos livres, releva-se como stressor negativo o facto de para algumas crianças não ter sido registada a prática de qualquer atividade física (2%), e quanto à ocupação de tempos livres, relevam-se ainda os tempos despendidos pelas crianças a ver televisão (que oscilam em media entre 80 e 159 minutos, tendo sido registados nos dias úteis valores máximos de 360 minutos) e os tempos despendidos a jogar playstation ou computador (cujos valores médios oscilam entre 40 e 66 minutos por dia, tendo sido registados nos dias úteis valores máximos de 120 minutos despendidos com esta atividade);

- Relativamente a hábitos de sono, destacam-se valores que oscilam entre 6h e 12.5 horas diárias, com uma média de 9 horas, aspeto que também se poderá constituir numa variável de ordem fisiológica promotora de alguma instabilidade no sistema criança;

Os resultados deste diagnóstico foram apresentados individualizados a cada contexto escolar, desenvolvendo-se em continuidade os projetos de intervenção adequados, em equipa multidisciplinar (enfermeiros, professores, nutricionista e assistente social), realçando ainda a participação dos estudantes de enfermagem em diferentes fases deste processo, nomeadamente na Unidade Curricular Metodologias de Formação, no 1º ano do 1º ciclo de estudos, uma vez que procedemos à integração de processos de ensino - aprendizagem com os estudantes, focalizados na temática alimentação saudável. A estratégia utilizada consistiu na solicitação de trabalhos visando a fundamentação teórica do planeamento de atividades no âmbito da educação para a saúde mobilizando conhecimentos de Enfermagem, Nutrição, e outras unidades curriculares relacionadas com a temática supracitada, priorizando necessidades congruentes com os resultados emergentes da aplicação do questionário, visando a construção de uma plataforma de recursos a serem mobilizados nas intervenções educativas a desenvolver neste projeto. Ainda no âmbito da referida unidade, os estudantes participaram numa atividade focalizada ao espaço Refeitório, indo ao encontro do conceito de ambiente criado, que tinha como objetivos

proporcionar à criança refeitórios agradáveis e lúdicos e sensibilizar para a importância do cumprimento das regras no espaço refeitório e para a participação e responsabilização de cada criança neste espaço. Com a atribuição mensal de tarefas e respetiva avaliação do funcionamento/organização do espaço, emerge uma interação constante e a procura da estabilidade do sistema, através de uma dinâmica troca de energia, onde os conceitos (criança e ambiente), adquirem um estatuto relevante face ao fenómeno em estudo (Neuman, 1995) <sup>7</sup>, sendo a criança considerada como núcleo central do sistema e do ambiente, tanto interno como externo.

Para este fim os estudantes participaram na construção de fichas diagnóstico intituladas “ Eu gosto do meu refeitório? ” e ainda na elaboração de cartazes/ regras básicas mobilizadas a partir da inauguração dos espaços remodelados.

Esta participação denota uma vez mais os pressupostos deste projeto, no qual se pretende uma abordagem colaborativa e de investigação que envolva equitativamente todos os parceiros no processo de pesquisa e reconheça os pontos fortes únicos que cada um traz, focalizando-se em temas com importância para a comunidade escolar, combinando simultaneamente o conhecimento com a ação, visando alcançar mudanças sociais e melhorar os resultados de saúde (Minkler & Wallerstein, 2008) <sup>13</sup>.

## **CONCLUSÃO**

Este projeto tem vindo a assumir uma forma sequencial e cíclica de diagnóstico, planeamento, ação e reflexão, conduzida com e pelas pessoas que nele participam, e em que a participação do grupo-alvo é fulcral, numa lógica de saberes e poderes partilhados, o que acreditamos se constitua como a principal diferença para com as metodologias de investigação mais tradicionais Conforme referem (Springett, Wright e Roche, 2011) <sup>14</sup>, a investigação-ação participativa tem em conta os processos, os resultados e o impacto, entendidos no âmbito deste projeto como os inputs, os stressores e os outputs registados na avaliação da criança enquanto sistema, no que diz respeito ao equilíbrio das suas variáveis fisiológicas, psicológicas ou sociais subjacentes visando uma harmonia significativo no seu comportamento alimentar.

Perante o desenvolvimento e avaliação dos projetos de intervenção operacionalizados em cada escola, destacamos a avaliação realizada pelos professores relevam as intervenções como: francamente positivas para o desenvolvimento das conceções das crianças sobre

alimentação saudável; promotoras de intenções favoráveis a uma alimentação adequada; orientadoras de atividades a desenvolver no sentido de reforçar/alterar hábitos alimentares; um contributo importante na melhoria da educação alimentar.

Assim terminamos este artigo conscientes da proximidade inequívoca da emergência de uma avaliação global desta fase do projeto, ainda no decorrer do presente ano letivo, reforçando a satisfação dos diferentes parceiros em participar em projetos desta natureza.

## **BIBLIOGRAFIA**

<sup>1</sup> Portugal, Ministério da Educação. (2008). Decreto-Lei n.º 144/2008 de 28 de Julho - Diário da República, 1.ª série — N.º 144 — 28 de Julho de 2008

<sup>2</sup> George, J. (1995). Teorias de Enfermagem. Os Fundamentos à Prática Profissional. 4ª ed. Editora Artes Médicas Sul LTDA. Brasil. 297-309pp.

<sup>3</sup> Matos, M. (2006). Relatório preliminar HBSC - Indicadores de saúde dos adolescentes portugueses. Faculdade de Motricidade Humana/UTL. P. 12 - 31.

<sup>4</sup> GORAYED, R. (2002) – O ensino de habilidades de vida em escolas no Brasil. Psicologia, Saúde e Doenças. Vol. 3, nº 2, p. 213-217.

<sup>5</sup> RUSSEL, N. (1996) – Manual de educação para a saúde. Lisboa: DGS.

<sup>6</sup> Precioso, J. e Silva, S (2004). As escolas promotoras de saúde na educação alimentar: um estudo efetuado em alunos do 2º ciclo. Sociedade Portuguesa de Ciências da Nutrição.

<sup>7</sup> Neuman, B. (1995). The Neuman Systems Model. Third Edition. Library of Congress. USA. 732pp. e Alimentação.

<sup>8</sup> Rosa, J. e Bastos, M. (2009). Necessidade e Necessidades -Revisitando o seu uso em enfermagem. *Pensar Enfermagem* Vol. 13 N.º 1 1º Semestre .

<sup>9</sup> Loppalainen, R.; Kearney, J.; Gibney, M. (1998) “A pan EU Survey of consumer attitudes to food, nutrition and health: a overview”. *Food quality and Preference*, 9 (6), 467-478

<sup>10</sup> Padez C, Fernandes T, Mourao I, Moreira P. (2004). Prevalence of overweight and obesity in 7-9- year-old Portuguese children: Trends in body mass index from 1970-2002. *American Journal of Human Biology* 16(6):670-678.

<sup>11</sup> WHO (2006). Carta Europeia de Luta Contra a Obesidade Infantil

<sup>12</sup> Sousa, J. (2011). Obesidade Infantojuvenil em Portugal – Associação com os Hábitos Alimentares, Atividade Física e Comportamentos Sedentários dos Adolescentes Escolarizados de Portugal Continental. Coleção Caminhos do Conhecimento, Nº 26, Edições Colibri, Lisboa.

<sup>13</sup> Minkler, M. & Wallerstein, N. (2008, 2nd Edition). Community-based participatory research for health: From process to outcomes. San Francisco: Jossey-Bass.

<sup>14</sup> Springett, J., Wright, M.T., Roche, B. (2011) Developing Quality Criteria for Participatory Health Research. An Agenda for Action. WZB Discussion Paper; ICPHR

# CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM SAÚDE MATERNA E OBSTETRÍCIA. O PAI. A TRANSIÇÃO PARA A PATERNIDADE - UM OLHAR, UMA PERSPECTIVA

Susana Ferreira<sup>1</sup>; Lurdes Torcato<sup>1</sup>& Teresa Carreira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Instituto Politécnico de Santarém/Escola Superior de Saúde de Santarém

## RESUMO

Este artigo aborda uma perspetiva de como facilitar o pai na transição para a paternidade e emergiu do trabalho realizado para a aquisição do grau de mestre em enfermagem de saúde materna e obstetrícia. Ao “olharmos” o pai como cliente, identificamos focos de enfermagem e conseqüentemente coexiste a implementação de intervenções de enfermagem com o objetivo facilitar a sua transição para a paternidade. Desta forma, foi definida a pergunta em formato PICO “**A integração (I) do Pai (P) nos cuidados de enfermagem durante o trabalho de parto facilita a transição para a paternidade (O)?**” que serviu de base a uma Revisão Sistemática da Literatura a 4 dezembro 2012. Foram utilizadas as palavras-chave, **Care, Father, e Labor** e selecionados 6 artigos de um total de 34 (critérios de inclusão/ exclusão). Concluímos que a integração do pai nos cuidados de enfermagem durante o trabalho de parto favorece a transição para a paternidade, decorrente de uma preparação pré-natal eficaz, otimização da sua participação durante o Trabalho de Parto e acompanhamento no pós-parto.

**Palavras-chave:** Cuidar, pai, trabalho de parto; transição para a paternidade

## ABSTRACT

This article discusses a perspective of how to facilitate the father in the transition to parenthood and emerged from the work done to acquire a master's degree in maternal health nursing and obstetrics. When "we look at" the father as a customer, identify focus of nursing and therefore coexists implementing nursing interventions with the aim to facilitate their transition to fatherhood. In this way, the following question was defined in PICO format: **"The integration (I) of the Father (P) in nursing care during labor facilitates the transition to fatherhood (O)"**? Which served as the basis for a systematic literature review of the December 4, 2012; we used the keywords, **Care, Father, and Labor**. 6 were selected articles from a total of 34 (criteria for inclusion / exclusion). We conclude that the father's integration of nursing care during labor favors the transition to fatherhood, through an effective prenatal preparation, optimization of their participation during labor and postpartum follow-up.

**Keywords:** Care, father, labor; transition for fatherhood.

## INTRODUÇÃO

Este artigo emerge de um trabalho desenvolvido durante a frequência do Mestrado em Saúde Materna e Obstétrica, onde foi utilizada uma Revisão Sistemática da Literatura. A realização deste trabalho visava assegurar que os mestrandos adquirissem competências técnicas, humanas e culturais adequadas à prestação de cuidados especializados de enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia, pretendendo revelar as aprendizagens efetuadas a partir de um processo auto-formativo, de pesquisa sistemática e de reflexão, assim como a sua demonstração em contexto da prática clínica, numa perspetiva de Enfermagem Avançada.

Como núcleo central do nosso trabalho considerámos o pai como cliente. Cliente esse, que para além de representar o papel de acompanhante da parturiente, fosse cuidado tendo em conta as suas necessidades, mais concretamente as necessidades de um indivíduo que se encontra em transição para a paternidade. Ao considerarmos o pai como cliente, surge a identificação de focos de enfermagem e, posteriormente, a implementação de intervenções de enfermagem com o objetivo de facilitar a transição para a paternidade. A escolha da área do Cuidar do Pai durante o TP (Trabalho de Parto), surgiu quando constatámos que tendencialmente, a argumentação por parte dos enfermeiros, acerca da importância do

envolvimento masculino neste domínio focalizava-se nas vantagens que este poderia trazer à mãe e ao bebé, carecendo os profissionais de saúde de uma visão mais ampla que integre a saúde reprodutiva nas relações de poder entre os sexos, que questione os significados associados a cada sexo e que considere as necessidades específicas dos homens. O simples facto de denominarmos o pai como acompanhante da parturiente, estamos automaticamente a deixar de “olhar” para o pai como cliente, assumindo este um segundo plano no processo cuidativo. Os enfermeiros especialistas em Saúde Materna e Obstetrícia (EESMO) devem considerar o pai como um elemento da tríade e como tal ser objeto dos cuidados.

À medida que fomos mobilizando o nosso pensamento para a área do cuidar do pai durante o TP, constatámos que nas últimas décadas se tem assistido à valorização crescente do acompanhamento da mulher grávida durante o TP pelos nossos governantes, levando à discussão, aprovação e publicação de legislação sobre esta temática inerente aos “direitos e deveres” do acompanhante no TP (LEI nº 14/ 85). No entanto, as necessidades dos pais continuam de certo modo a não ser valorizadas, pois, por exemplo a escolha de quem é o acompanhante é da responsabilidade da parturiente, não tendo o pai direito a exigir a sua presença durante o TP. A participação do pai no nascimento da criança traz importantes contribuições e simultaneamente questões ao exercício dos direitos reprodutivos dos homens. A escolha do apoio do pai da criança, durante o trabalho de parto e o parto faz parte das propostas de humanização da assistência durante o trabalho de parto (Organização Mundial de Saúde, OMS, 1996), com base nas evidências científicas que mostram que a presença do pai traz benefícios à sua saúde e à do bebé. (HODNETT, 1989) Esta participação facilita a formação de vínculo pai/bebé (KENNELL & KLAUS, 1991). É indiscutível a presença do pai durante o trabalho de parto e parto, favorecendo uma interação familiar estreita, privilegiando a vivência de uma experiência singular e vinculativa. (RAMOS 2000)

A constituição da paternidade como objeto de estudo foi ganhando ao longo das últimas décadas do século XX, uma legitimidade indiscutível. Existe cada vez mais preocupação em compreender como a paternidade afeta o homem. Que lugar para o pai? Neste momento subsiste um interesse social em reconhecer e compreender melhor como a gravidez e a paternidade afetam o homem. A paternidade tal como a maternidade produz efeitos ao nível psicológico e psicossocial no homem. (LE CAMUS, 2000 citado em MARQUES, 2007)

JOHNSON (2002) entrevistou pais que assistiram ao parto, para quem, na sua maioria, foi uma experiência positiva e enriquecedora, embora muitos apontassem a sua subpreparação para identificar o objetivo funcional da sua participação. Este estudo, mostrou ainda uma relativa confusão acerca de quem era o responsável pela decisão de assistir ao parto, indicando por vezes a adoção de um papel visto como obrigatório e muitas vezes em conflito com as próprias motivações. Também SAMPAIO (2007), no seu estudo sobre homens e famílias e a evolução do papel masculino nas famílias na Europa, concluiu que a renovação da figura do pai parece ser o fator mais decisivo para a mudança de mentalidades na evolução dos papéis masculino e feminino no seio da família. Deste modo, os homens devem tomar consciência de que a igualdade de género dentro da família depende acima de tudo, da sua vontade pessoal de a alcançar, da possibilidade de convencer a sociedade das vantagens e da legitimidade da sua presença em todas as fases do exercício da paternidade, desde a contraceção, à conceção, ao envolvimento em todas as fases da gravidez e do nascimento.

No sentido de justificarmos a pertinência deste tema, antes de partirmos para a RSL, sentimos a necessidade de conhecermos o que tinham os pais a dizer em relação a esta temática, se realmente têm o desejo em participar no nascimento do seu filho. Para tal, foi imprescindível a aplicação de dois instrumentos de colheita de dados que pretenderam, conhecer as expetativas e vivências do Pai durante o Trabalho de Parto.

As conclusões da análise dos resultados dos questionários, revelaram que a maioria (95.4%) dos inquiridos, se sentiam muito felizes por poderem estar presentes durante o TP, assim como muito gratificados (86.9 %), e muito apoiados (95.4%) nessa tarefa de estar presente no nascimento do seu filho. Conclui-se ainda que em questão de participação a satisfação decresce. Só 52.2% se sentiram muito participativos. O que se confirma quando 44% dos inquiridos referem que sentiram a sua presença como assistentes/espectadores. Perante estes dados surgiu outra nova questão: os pais não se consideravam participativos por questões de personalidade, por timidez, por falta de incentivo? Após os resultados anteriores, resolveu-se questionar os pais em contexto de cursos de preparação para a parentalidade sobre as expetativas em relação ao seu desempenho em TP e em relação ao desempenho do EESMO durante o TP (uma vez que o curso ocorre entre a 28ª semana de gestação e o nascimento). Concluiu-se, em relação às expetativas dos pais sobre o desempenho do EESMO, que os pais esperavam que os EESMOS prestassem cuidados

direcionados à sua individualidade e que os envolvessem nesses mesmos cuidados, tendo mesmo referenciado esperar desenvolvimento de competências como responsabilidade, confiança, orientação, empatia, autenticidade, capacidades de comunicação.

Relativamente às expectativas em relação ao seu desempenho como acompanhante durante o TP, as respostas centraram-se essencialmente nas funções de apoio, ajuda, incentivo, proporcionar calma e tranquilidade. Por outro lado referiam também, sentimentos de insegurança e medos (impotência e incapacidade). No entanto revelavam que mesmo assim estavam confiantes no seu desempenho e que participar no trabalho de parto iria ser uma experiência positiva. Em relação ao seu desempenho como pai durante o TP, referiram o desejo de participar em todas as atividades do exercício da paternidade no geral, alicerçados no amor e no grande desejo de ser pai. Neste sentido o nascimento de um filho, implica para o pai grandes mudanças, e tem um enorme impacto na sua vida pessoal e familiar. Com o nascimento de um filho, inicia-se um processo irreversível, que modifica a identidade, papéis e funções do pai e de toda a família. (CANAVARRO; PEDROSA, 2005, p.225) Esse processo é comumente denominado de Transição para a paternidade. As trajetórias do homem e da mulher na transição para a parentalidade, apresentam diferenças significativas, de acordo com COWAN; COWAN (1995, citado por CANAVARRO; PEDROSA, 2005, p. 226) a transição masculina processa-se de uma forma mais lenta ao longo do tempo.

O processo de transição para a paternidade, envolve respostas específicas, que os pais apresentam quando são confrontados com esta mudança do seu ciclo de vida, “o tornar-se pai”. Deste modo, decidimos que a teoria que melhor contribuía para fundamentar a prática de enfermagem no cuidar do pai durante o TP, assim como auxiliar a explicar as diversas abordagens deste trabalho, seria a teoria de médio alcance das transições de Afaf Meleis. Esta autora, na sua teoria, realça que a paternidade pode e deve ser vista enquanto processo de transição, de natureza desenvolvimental. (MELEIS; SAWWYER; MESSIAS; SCHUMACHER, 2000, p. 12-28)

O EESMO ao cuidar do pai durante o TP, organiza as suas interações com o cliente de enfermagem em torno de um propósito, tendo em conta as vivências do seu cliente e usando os cuidados de enfermagem para facilitar o processo de transição para a saúde ideal e promoção de bem-estar ideal, ou seja, uma transição saudável. Considera-se que a transição é saudável quando os clientes apresentam domínio sobre o conhecimento, demonstrando capacidades e comportamentos necessários para manipular situações e

ambiente. Os indicadores de domínio incluem a capacidade para tomar decisões, executar ações, fazer ajustes e avaliar recursos.(MELEIS, 1997)

## **METODOLOGIA**

Após a elaboração da concetualização e de consultarmos os diversos autores que abordam a temática da transição para a paternidade, assim como o cuidar do pai durante o TP, percebemos que talvez a melhor maneira de cuidarmos do pai neste contexto e facilitarmos o seu processo de transição, seria centrarmo-nos na intervenção de integrar o pai nos cuidados de enfermagem durante o TP.

Após esta primeira reflexão, emergiu a questão em formato PICO **“A integração (I) do Pai (P) nos cuidados de enfermagem durante o trabalho de parto facilita a transição para a paternidade (O)?**

Nesta linha de pensamento definiram-se como objetivos deste trabalho:

- Compreender a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia no âmbito da integração do pai nos cuidados de enfermagem durante o trabalho de parto e de que modo facilita a transição para a paternidade;
- Analisar a prática de cuidados específicos de enfermagem de saúde materna e obstetrícia, baseada na evidência, quanto à integração do pai nos cuidados de enfermagem durante o TP;

Após a definição da pergunta PI[C]O pretendeu-se que a RSL (Revisão Sistemática da Literatura) trouxesse respostas para esta questão, baseadas em evidência científica, através da recolha de um conjunto muito relevante de fontes de conhecimento. A pesquisa iniciou-se a 4 dezembro 2012, com a confirmação, de que as palavras-chaves eram descritores na base internacional MeSH Browser, em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>. Após a confirmação, foram utilizadas as palavras-chave, com a seguinte sequência: **Care,Father, Labor.**

A etapa seguinte baseou-se na pesquisa de artigos científicos através da plataforma EBSCO e consultaram-se as seguintes bases de dados informatizadas: CINAHL Plus with Full Text; Medline; Chocrane Database of sistematic reviews; Nursing and Allied Heath Collections-Comprehensive; Medica latina. Com os limitadores de Boleano/frase, texto completo, e limitadores específicos para as várias publicações: texto completo, resumo disponível, Humano, qualquer autor é enfermeiro, texto completo em PDF. Não foi utilizado filtro

cronológico porque existia um estudo datado de 1999, que consistia numa RSL na área, com uma análise de um grande número de estudos que foram efetuados anteriormente, e que seria uma mais-valia para este estudo.

Da pesquisa resultaram 34 artigos, que após a leitura do título e resumo de todos, 28 foram eliminados de acordo com os critérios de inclusão e exclusão, de modo a obter os artigos adequados à questão de partida e ao objectivo do estudo.

Como critérios de inclusão foram considerados: artigos em língua inglesa, espanhola e portuguesa, os artigos centrados na população definida assim como a intervenção. Os critérios de exclusão foram artigos que não apresentavam metodologia científica e que particularizavam a população (ex. pais adolescentes, pais de RN prematuros, etc.). Iniciou-se então a análise dos 6 artigos selecionados, após a sua tradução e leitura integral, nenhum artigo foi eliminado.

Os artigos selecionados foram submetidos a uma classificação por sete níveis de evidência, segundo GUYATT e RENNIE (2002), de forma a ser mais perceptível a metodologia utilizada.

**Quadro nº1 – Classificação dos artigos por níveis de evidência**

Nº	Artigo	Autores	N. Evidência
1	<i>A Birth Education Program for Expectant Fathers in Taiwan: Effects on Their Anxiety</i>	LI,H.; LIN,K.; CHANG,S.; KAO, C.; LIU, C.;Su-Chen	II
2	<i>Men, masculine identities and childbirth</i>	DOLAN, A.; COE, C.	VI
3	<i>Men's Psychological Transition to Fatherhood: An Analysis of the Literature, 1989–2008</i>	GENESONI, L.; TALLANDINI ,M. A	V
4	<i>Parents' needs to talk about their experiences of childbirth</i>	OLIN, R.; FAXEID, E.	VI
5	<i>Effects of birth centre care on fathers' satisfaction with care, experience of birth and adaptation to fatherhood.</i>	WALDENSTRÖM, U.	II
6	<i>Fathers' Coping Style, Antenatal Preparation, and Experiences of Labor and the Postpartum</i>	GREENHALGH, R.; SALDE, P.; SPIBY, H.	VI

**Legenda:**  Nível II de evidência;  Nível V de evidência;  Nível VI de evidência

Os artigos selecionados, viriam a servir de base para a elaboração da discussão e respetivas conclusões.

## RESULTADOS

Nas salas de parto temos assistido a mudanças, e o papel do pai é exemplo disso pois tem vindo gradualmente a passar por um processo de transformação quer no trabalho de parto quer no nascimento. O pai está a abandonar os papéis tradicionais e autoritários, para atitudes mais amorosas e calorosas e expressa cada vez mais vontade de desempenhar um papel ativo, nos eventos relacionados com a gravidez e trabalho de parto. (GENESONI; TALLANDINI, 2009)

Em um dos estudos consultados os autores referem que 98.8% dos pais assistiram ao trabalho de parto e parto (WALDENSTRÖM, 1999). No entanto, apesar de os homens serem convidados a participar no trabalho de parto, os futuros pais sentem-se marginalizados neste cenário dominado pelas mulheres pelo que as políticas de saúde deverão ser assentes na filosofia de cuidar centrada na família, fornecendo a mesma atenção aos pais que é dada às mulheres. (LI; LIN; CHANG; KAO; LIU; KUO, 2009)

Neste estudo, os pais referiram que frequentemente se sentiam impotentes, inúteis e ansiosos durante o processo de trabalho de parto. Não esperavam que o TP fosse tão exigente, e sentiram-se deslocados, vulneráveis, desesperados e com necessidade de suporte psicológico. Muitos pais relataram querer participar no TP mas também querer fugir ao mesmo tempo. Os mesmos autores definiram este período como o evento mais intenso a nível emocional durante a transição para a paternidade.

Há estudos que também descreveram o TP e nascimento como envolvendo muitos sentimentos mistos para os pais, que variavam de desamparo e ansiedade a prazer e orgulho.(GENESONI; TALLANDINI, 2009)

Por outro lado, em outro dos estudos consultados que abordava a identidade masculina e o nascimento, os autores referiam que o desempenho dos homens durante o TP era influenciado por normas de comportamento masculino, o que incute a noção de que os homens são seres estóicos e auto-suficientes face às adversidades. Esta pesquisa demonstrou também como a construção dominante da masculinidade orienta a interação dos profissionais de saúde com os homens dentro do contexto de gravidez e parto. Esse trabalho destaca uma gama bastante restrita de práticas masculinas identificáveis, onde a natureza das tarefas em que os homens foram incluídos e a forma em que os homens foram posicionados, foram claramente orientados pela noção de que os homens preferem orientações técnicas, ou seja, que tarefas podem executar, favorecendo a sua posição

predominantemente marginalizada. Isto segundo os autores, foi um pouco compreensível e razoável, dadas as maternidades serem centradas na mulher e as questões de género inibirem os homens, restringindo a sua capacidade de agir como se fosse noutra cenário, porque o parto tem pouca semelhança com outros aspetos de outras experiências vividas pelos homens. O mesmo autor salienta que os homens concentram-se mais nos aspetos informativos, nomeadamente na mecânica do parto, os homens querem saber a mecânica das coisas, se eles entenderem como funciona, então, estão felizes, essa é uma das diferenças entre homem e mulher. (DOLAN; COE 2011)

Precisamos entender as diferenças de género assim como a existência de divergências dos homens nos pensamentos e práticas em relação ao parto comparativamente com as mulheres. (DROPER 2003 citado por DOLAN; COE, 2011) Os pais são homens e como tal precisamos trazer a relação entre construções sociais de masculinidade e experiências em torno da gravidez e parto. Muitas vezes os profissionais de saúde concentram-se em traços masculinos estereotipados que vão ter implicações na forma como eles integram os homens nos cuidados. (DOLAN; COE, 2003). Esse mesmo estudo ilustra bem como o comportamento masculino durante o TP se encontra hoje mais diversificado, como as construções da masculinidade durante o processo de gravidez e parto estavam em oposição aos tradicionais valores masculinos e de como os homens tendem a conceder o poder e controle, o que lhes atribui posições marginalizadas. Por outro lado, os homens referem que não devem admitir dificuldades em lidar com o TP, pois se o fizessem seriam pessoas egoístas dado que são as mulheres que devem ser cuidadas pois é ela que está a passar por tudo aquilo, pela dor, pelo TP. Os pais esperam que os profissionais se preocupem com a sua parceira e não se distraiam com eles. Além disso os homens consideram que a dor física das suas parceiras é mais legítima do que o seu sofrimento emocional. (DOLAN; COE, 2011)

Muitos homens caracterizam-se como seres estoicos, com demonstrações de autoconfiança, de negação de fraquezas e procuram estimular formas homogénicas de masculinidade que são equiparadas a seres bem-sucedidos e controladores. (COURTENAY, 2000 citado por DOLAN; COE, 2011). Este facto traz uma preocupação acrescida para o EESMO que cuida do pai durante o TP, devendo observar em profundidade o comportamento do homem para conseguir identificar preocupações. O estudo de LI et al, (2009), conclui que os homens sentem que merecem ser tratados como parceiros no processo de cuidados. Apesar de os homens serem convidados a participar no parto, os futuros pais sentem-se marginalizados

neste cenário dominado pelas mulheres. A falta de consciência das necessidades dos pais, foi uma decepção para os homens deste estudo, o que sugere a necessidade de as políticas de saúde, se concentrarem em educar os enfermeiros de forma a envolver os futuros pais no cenário de parto. Estamos perante mais uma evidência científica de que o envolvimento dos pais nos cuidados durante o TP, traz ganhos em saúde sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Outro estudo que reforça esta evidência é o estudo de WALDENSTRÖM, (1999), que comparou os cuidados num centro de parto com uma maternidade padrão, salientando que no centro de parto os pais eram integrados nos cuidados e como tal, as atitudes dos profissionais num centro de parto foram avaliadas como sendo mais positivas, porque os pais sentiram que foram tratados com mais respeito e durante o TP o EESMO teve em conta as suas necessidades como parceiros. Neste estudo 64% dos pais no grupo de centro de parto, em comparação com apenas 36% no grupo de tratamento padrão, classificaram os cuidados no intraparto globalmente com muito bom. Os futuros pais no centro de parto foram mais envolvidos e tiveram maior responsabilidade em torno da gravidez e parto do que os pais no grupo de tratamento padrão. O que se traduz em maior satisfação dos pais.

Encontrámos também, um estudo que pretendeu avaliar como é que um programa de educação para o parto e nascimento direcionado ao pai, afetava a sua ansiedade no decorrer do trabalho de parto. Nesse programa de preparação foram fornecidas informações sobre o processo de trabalho de parto, discutidas as preocupações dos futuros pais, e foi demonstrado como cada pai poderia apoiar a sua parceira na dor de parto assim como relaxar-se a si próprio. Os autores deste estudo concluíram que um programa de educação para o nascimento baseado no auto eficácia pode reduzir a ansiedade do pai durante o TP, considerando a auto eficácia como um sentimento de confiança, de um comportamento bem organizado e completo o que implica um sentido de capacidade. A auto eficácia é influenciada, segundo os autores do estudo, por experiências passadas, persuasão, modelagem e o seu estado fisiológico. Ficou também comprovado neste estudo que a visita pré-natal à maternidade reduz a ansiedade do futuro pai. (LI et al, 2009)

DOLAN; COE (2011)vão ainda mais longe em relação aos cursos de preparação, ao sugerirem no seu estudo que se mude o local da preparação para fora dos ambientes hospitalares, como por exemplo em locais da comunidade frequentados por homens (clubes de futebol), onde eles se sentem mais confortáveis.

Em suma, os homens referem que é importante estar presente para ajudar e apoiar a parceira, no entanto também referem que o mais difícil é lidar com o sofrimento das suas parceiras, relatando que no início do TP eles estavam calmos, mas quando as mulheres apresentavam dor os homens experimentavam tensão, ansiedade, desamparo e ficavam preocupados com o seu desempenho. Eles diziam que tinham que controlar o seu medo, os seus sentimentos e, ao mesmo tempo, tentarem estar calmos em frente à sua parceira. Os autores deste estudo mencionam que os sentimentos do homem mudam quando a mulher está com dor. Ele pode por exemplo experimentar tensão, ansiedade, desamparo e ineficácia. (OLIN; FAXELID 2003)

Outro dos resultados desta RSL salienta que, o corte do cordão umbilical pelo pai, parece ter-se tornado uma parte fundamental do processo de nascimento, muitas vezes retratado como “um ritual de iniciação”. Facilita a afirmação do vínculo dos homens com a sua criança, assim como o homem demonstra o senso de controlo e domínio sobre a situação, o que permite cumprir as suas responsabilidades.

GREENHALGH; SLADE; SPILY (2000) concluem que a forma como os pais experimentam o parto pode ter influência sobre o seu subsequente bem-estar emocional e como tal, promover ou inibir a sua transição para a paternidade.

No entanto nem sempre o TP e nascimento são vivenciados pelos pais como uma experiência 100% positiva, sendo mesmo muitas vezes tido como um evento traumático. (DOLAN; COE, 2011),

Existe também evidência que os pais podem precisar de falar várias vezes sobre a experiência de estar presente durante o TP. Inicialmente, no pós parto imediato e seguidamente, algumas semanas depois do parto. As questões que devem ser incluídas, segundo as conclusões deste estudo, na conversa pós-parto são o processo de nascimento, parto normal/complicado, sentimentos de dor e fracasso, alívio da dor. Os pais preferem falar com o EESMO que conduziu e efetuou o parto e o melhor momento para esta conversa parece ser na maternidade antes da alta. Os autores do estudo concluíram também que todos os pais devem ser convidados para uma conversa no pós-parto, pois a mesma traz benefícios. (OLIN; FAXELID 2003)

**Quadro nº 2 – Quadro agregador das principais evidências encontradas, nas diferentes dimensões.**

Prática	Evidências
<p><b>Intervenção</b></p> <p>Integração dos pais nos cuidados de enfermagem durante o TP.</p>	<p>A afirmação de políticas de saúde assentes na filosofia de cuidar centrada na família, fornecendo a mesma atenção aos pais que é dada às mulheres. (Estudo nº 1)</p>
	<p>Os pais são homens e como tal precisamos trazer a relação entre construções sociais de masculinidade e experiências em torno da gravidez e parto. Muitas vezes os profissionais de saúde concentram-se em traços masculinos estereotipados que vão ter implicações na forma como eles integram os homens nos cuidados (Estudo nº2)</p>
	<p>Os homens merecem ser tratados como parceiros no processo de cuidados. Apesar de os homens serem convidados a participar no parto, os futuros pais sentem-se marginalizados neste cenário dominado pelas mulheres, a falta de consciência das necessidades dos pais, foi uma decepção para os homens deste estudo, o que sugere a necessidade de as políticas de saúde, se concentrarem em educar os enfermeiros de forma a envolver os futuros pais no cenário de parto. (estudo nº 1)</p>
	<p>Os futuros pais num centro de parto foram mais envolvidos e tiveram maior responsabilidade em torno da gravidez, e parto do que os pais no grupo de tratamento padrão. O que se traduz em maior satisfação dos pais. Neste estudo 64% dos pais no grupo de centro de parto, em comparação com apenas 36% no grupo de tratamento padrão, classificaram os cuidados no intraparto globalmente com muito bons.(Estudo nº 5)</p>
<p><b>Resultado</b></p> <p>Facilitar a transição para a paternidade</p>	<p>Um programa de educação para o nascimento baseado na auto eficácia pode reduzir a ansiedade do pai durante o TP. (Estudo nº 1)</p>
	<p>A forma como os pais experimentam o parto pode ter influência sobre o seu subsequente bem-estar emocional e como tal, promover ou inibir a sua transição para a paternidade. (Estudo nº 6)</p>
	<p>A existência da oportunidade de uma conversa com os pais no pós parto, no sentido de este verbalizar os sentimentos vivenciados, com a experiência de participar no trabalho de parto. Tendo como objetivo ajudar a clarificar algumas dúvidas, concluiu-se ser benéfico e trazer ganhos para a transição saudável para a paternidade. (Estudo nº 4)</p>

Legenda:  Nível II de evidência;  Nível V de evidência;  Nível VI de evidência

## CONCLUSÃO

Como EESMO, cuidamos de clientes que vivenciam transições do desenvolvimento, como por exemplo o nascimento de um filho. Essas transições, segundo MELEIS (1997) exigem que o pai possua novos conhecimentos para mudar comportamentos e mudar a definição do “*self*” num determinado contexto. O EESMO deve facilitar esse processo de aprendizagem de novas capacidades, tendo em conta as mudanças e necessidades que acompanham a transição para a paternidade.

Quando iniciamos este trabalho demonstrámos interesse em refletir na área do cuidar do pai durante o TP, encontrando suporte nas competências comuns e específicas, na legislação atual e nos questionários que aplicamos aos pais. Após a conceptualização, apercebemo-nos que para cuidar do pai durante o TP, deveríamos integrá-lo nos cuidados de enfermagem em contexto de BP, iniciando por um acolhimento eficaz e posteriormente ter o pai como parceiro de cuidados, tendo em conta ele ser um dos elementos da tríade, e como tal objeto de cuidados de enfermagem. Ao consultar diversos autores, verificou-se que existiam ganhos em saúde com a integração dos pais em contexto de bloco de partos no sentido de facilitar a sua transição para a paternidade. Após a análise reflexiva encontramos evidências científicas geradoras de mudanças nos cuidados de enfermagem ao pai durante o TP, assim como nos cursos de preparação para a parentalidade.

Em suma, o EESMO deve otimizar a participação do pai em contexto de Bloco de partos, colaborando ele próprio na evolução do trabalho de parto, sem descontrole emocional, através da informação e da explicação de como está a evoluir o mesmo. É ainda de referir que, o cuidar é inevitavelmente uma interação pessoal, sendo a essência da enfermagem o cuidado humano. O contacto numa relação interpessoal transcende o ato, aqui e agora, visto que implica o encontro entre duas pessoas.

## BIBLIOGRAFIA

CANAVARRO, M. C. PEDROSA, A. A. – Transição para a parentalidade, compreensão segundo diferentes perspectivas teóricas. In: **Psicologia da gravidez e Parentalidade**. Lisboa: Fim de Século, 2005. P.225-255.

DOLAN, A.; COE, C. - Men, masculine identities and childbirth: *Sociology of Health & Illness* ISSN 0141-9889 vol. 33 nº 7 (2011) p. 1019-1034. [consult. 2012-12-04]. Disponível em [www:](http://www.sagepub.com)

URL: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=ea58cac8-3019-4eb7-ab52-88079fed3c95%40sessionmgr104&vid=5&hid=117>

GENESONI, L.; TALLANDINI, M. A.) - Men's Psychological Transition to Fatherhood: An Analysis of the Literature, 1989–2008. *Birth* 36:4 Dezembro 2009(2009) p. 289-296. [consult. 2012-12-04].

Disponível: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=ea58cac8-3019-4eb7-ab52-88079fed3c95%40sessionmgr104&hid=117>

GREENHALGH, R.; SALDE, P.; SPIBY, H. - Fathers' Coping Style, Antenatal Preparation, and Experiences of Labor and the Postpartum: *Birth*. 27:3 Setembro (2000) p. 177-184. [consult. 2012-12-04].

Disponível: <http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=ea58cac8-3019-4eb7-ab52-88079fed3c95%40sessionmgr104&hid=117>

HODNETT, E.D.; OSBORN, R.J.E. – Effects of continuous intrapartum professional support on childbirth outcomes. *Rev. Nurs. Health*. [Em linha]. 12:289-97 (1989). [consult. 2012-10-23].

Disponível em www: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2798949>

JOHNSON, K. C. - Fathers' Experiences of Childbirth Education. *The Journal of perinatal education* PMID: PMC1595296, 2002 [consult. em 2012-10-15]. Disponível em www: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC1595296/>

KENNEL, J.H.; KLAUS, M.H - Continuous emotional support during labor in US hospital. *JAMA* [em linha]. Maio, vol. 265 (1991) p. 2197-201 [consultado em 2012-10-15]. Disponível em www: URL: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/2013951>

LI, H.; LIN, K.; CHANG, S.; KAO, C.; LIU, C.; Su-Chen - A Birth Education Program for Expectant Fathers in Taiwan: Effects on Their Anxiety: *Birth* 36: 4 dezembro (2009) p. 289-296. [consult. 2012-12-04].

Disponível em www: URL:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=5&sid=ea58cac8-3019-4eb7-ab52-88079fed3c95%40sessionmgr104&hid=117>

LEI nº 14/85 “DR I Série”, (1985-07-06) 153. Acompanhamento da mulher grávida durante o trabalho de parto.

MARQUES, A. M. - Gravidez na adolescência – A perspectiva da paternidade. Lisboa: Comissão para a cidadania e igualdade de género, 2007.

MELEIS, A.–**Theorial Nursing: Development and Progress**. Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers. 3ª Edição ISBN: 0-397-55259-9.,1997

MELEIS, A.; SAWYER, L. M.; MESSIAS, D. K. H.; SCHUMACHER, K. – Experiencing Trasitions: An Emerging Middle – Range Theorry Transitions: **Advances in nursing science**, nº 23 (1), Setembro (2000) p. 12-28

OLIN, R.; FAXEID, E. - Parents' needs to talk about their experiences of childbirth: **Nordic College of Caring Sciences, Scand J Caring Sci** (2003)p. 153-159. [consult. 2012-12-04].

Disponível em www: URL:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=6&sid=ea58cac8-3019-4eb7-ab52-88079fed3c95%40sessionmgr104&hid=117>

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL de SAÚDE, (1996) **Assistência ao Parto Normal: um guia prático**. Genebra.

RAMOS, A. C - **A maternidade como vivência de coexistência com a enfermeira**. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem Maria Fernanda Resende 2000, **143** f. Dissertação apresentada no âmbito do 2ºCurso de Estudos Superiores Especializados em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica.)

SAMPAIO, M. – Nota introdutória. In: **Gravidez na adolescência** –A perspetiva da paternidade. Lisboa: Comissão para a cidadania e igualdade de género, 2007. P. 5-7

WALDENSTRÖM, U. - Effects of birth centre care on fathers' satisfaction with care, experience of birth and adaptation to fatherhood: **Journal of reproductive and infant Psychology**, vol 17, Nº 4, (1999) p. 357-367. [consult. 2012-12-04]. Disponível em www: URL:

<http://web.ebscohost.com/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=ea58cac8-3019-4eb7-ab52-88079fed3c95%40sessionmgr104&vid=5&hid=117>

# CUIDANDO IMIGRANTES EM CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS: O ACESSO AOS PAIS ATRAVÉS DOS FILHOS

Alcinda Reis<sup>1</sup>&Armindia Costa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>UMIS / ESSS – IPS; ICBAS – UP

## RESUMO

A prática clínica de enfermagem com imigrantes em cuidados de saúde primários, apresenta particularidades no processo de interação. Surgem frequentemente dificuldades no enquadramento cultural das diferentes conceções de saúde e de doença entre sujeitos e na adequação de estratégias na promoção da saúde individual e familiar – ligadas à necessidade de desenvolvimento das competências culturais nos enfermeiros.

A existência de crianças – filhos de imigrantes, nos momentos de interação e de cuidados, parece revelar-se neste estudo, um elemento facilitador da comunicação nas díades bem como da adesão à continuidade dos cuidados, nestes contextos.

Considerando estes pressupostos, propusemo-nos: caraterizar a promoção da saúde com imigrantes e o processo de comunicação desenvolvido quando os filhos são intérpretes, como dimensões das competências culturais nos enfermeiros.

Desenvolvemos um estudo qualitativo e etnográfico, utilizando como técnicas de recolha de dados: narrativas, observação participante, grupos de discussão e entrevistas etnobiográficas a enfermeiros, imigrantes e também a informantes privilegiados, numa unidade de saúde familiar e em duas unidades de cuidados na comunidade – em visitas domiciliárias. Os participantes foram-se voluntariando para o estudo de forma progressiva.

Conclusões: as crianças, filhas de imigrantes assumem um papel de mediação no processo de comunicação entre enfermeiros e pais. A mobilização desta constatação permite a melhor adequação de estratégias pelos enfermeiros no que respeita à promoção da saúde individual e familiar nos imigrantes.

**Palavras-chave:** competência cultural; enfermeiros; imigrantes; crianças; promoção da saúde

## **ABSTRACT**

Clinical nursing practice with immigrants in primary health care, offers points of interest in the process of interaction. Difficulties often arise in cultural framework of different conceptions of health and illness between subjects and on the appropriateness of individual and family strategies for health promotion - as cultural competence dimensions in nursing.

Children's existence –immigrants' children, in moments of interaction and care seem to reveal in this study, a facilitator of communication between parties as well as of the adherence's continuation of the immigrants' care in these contexts.

Assuming these aspects we want to: characterize health promotion with immigrants and the communication process developed when the children are interpreters, as dimensions of cultural skills in nurses.

We developed a qualitative and ethnographic study, using data collection techniques: narratives, participant observation, focus group and biographical interviews with nurses, immigrants and also with privileged informants, in one family health care context and in two community care contexts – in home visits. Participants were gradually volunteering for the study.

Conclusions: immigrants' children take on a mediating role in the process of communication between nurses and their parents. The mobilization of this observation allows better matching of strategies by the nurses, regarding individual and family's health promotion in immigrants.

**Keywords:** cultural competence; nurses; immigrants; children; health promotion

## **INTRODUÇÃO**

A necessidade de se olhar com atenção para as pessoas imigrantes, surge enfatizada pela ORDEM DOS ENFERMEIROS em Portugal (2003), apontando-se a importância de que, no que se refere ao exercício profissional e às competências em cuidados gerais, os enfermeiros tenham sensibilidade para lidar com as diferenças culturais na interação com as pessoas na sua prática clínica. Neste sentido valorizamos o estudo de cuidados desenvolvidos por enfermeiros a imigrantes, na busca de contributos específicos para o desenvolvimento crítico do corpo de conhecimentos na disciplina de enfermagem, clarificando conteúdos para

a sua prática enquanto profissão, como têm apontado diferentes autores (LEININGER, 1995; AMENDEIRA, 2006; PURNELL, 2011).

Por outro lado, vários autores nacionais e internacionais, têm vindo a sugerir a necessidade de investigação na área transversal dos cuidados de saúde a imigrantes, dada a insuficiência de estudos produzidos até então (FONSECA; SILVA; ESTEVES e MCGARRIGLE, 2009; RECHEL; MLADOVSKY; DEVILLÉ; RIJKS; PETROVA-BENEDICT e MCKEE, 2011).

Entendemos por imigrantes para este estudo e de acordo com o Serviço de Estrangeiros e Fronteiras nacional, todos aqueles que sendo estrangeiros “são detentores de título de residência e os estrangeiros a quem foi prorrogada a permanência de longa duração” (SERVIÇO DE ESTRANGEIROS E FRONTEIRAS, 2012, p.15).

Pensando nos cuidados em enfermagem e especificamente na área da promoção da saúde com pessoas imigrantes constatamos também a necessidade de que os enfermeiros as capacitem para que elas melhorem e aumentem o controle sobre a sua saúde, como surge enfatizado na *Carta de Banguecoque - Promoção da Saúde num Mundo Globalizado* (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005); rapidamente associámos estes pressupostos ao necessário investimento no desenvolvimento das competências culturais nos enfermeiros (CAMPINHA-BACOTE, 2002; 2003; PURNELL, 2011), entendendo estas em concordância com INGLEBY (2011) como um processo construído pelos profissionais de saúde e visível nos contextos de cuidados, ancorado num “explícito compromisso” pessoal e organizacional, com a diversidade.

Selecionámos, para a concetualização do estudo, a teoria da diversidade e universalidade do cuidado cultural de LEININGER (1994; 1995), posto que propõe a “descoberta” das diversidades e universalidades culturais no cuidado humano, tais como as que encontramos nas díades enfermeiros/imigrantes, para a produção de novo conhecimento orientador da prática de enfermagem, entendendo por díades, tal como BRONFENBRENNER “um sistema de duas pessoas”(2002, p.6).

O domínio da promoção da saúde a imigrantes, apresenta algumas particularidades nomeadamente no que se refere à necessidade da clareza no processo de comunicação. Sobre este processo na interação – base da promoção da saúde dos enfermeiros com imigrantes, valorizámos tal como GIGER, DAVIDHIZAR , PURNELL, HARDEN, PHILLIPS e STRICKLAND (2007), um conjunto de fatores universais, com variações de acordo com as especificidades das pessoas e dos grupos: a linguagem falada, a qualidade da voz e da

dicção, o uso de comunicação não verbal e do próprio silêncio. PURNELL (2011), relevou a este propósito, a importância de que os enfermeiros nos cuidados a imigrantes tenham os conhecimentos e a capacidade necessários para que este tipo de informação seja mobilizada em ordem a um planeamento congruente com as suas reais necessidades de saúde. Torna-se por isso necessária uma gestão adequada das diferenças culturais entre enfermeiros e imigrantes e a negociação de objetivos claros e comuns na díade de cuidados. Neste mesmo sentido registámos no desenvolvimento do trabalho de campo do estudo que desenvolvemos em cuidados de saúde primários, o recurso frequente de filhos dos imigrantes como intérpretes e mediadores da relação - imigrantes e enfermeiros, funcionando como estratégia (pontual ou continuada e mais ou menos consciente) de mais fácil e mais rápido acesso aos pais, na prática clínica de enfermagem.

Propusemo-nos assim como objetivo: caracterizar a promoção da saúde com imigrantes e o processo de comunicação quando os filhos são intérpretes, como dimensões das competências culturais nos enfermeiros.

Colocámo-nos neste estudo numa perspetiva bidimensional de análise desta problemática por via dos diferentes atores envolvidos, “uns” – os enfermeiros, porque são responsáveis pelo planeamento, desenvolvimento e avaliação da sua intervenção, e os “outros” – os imigrantes porque são foco da atenção profissional dos primeiros; desta forma esperamos que os imigrantes espelhassem a “face visível” das competências culturais dos enfermeiros, quando acompanhados nos seus processos de saúde e de doença.

## **MATERIAIS, MÉTODOS E PROCEDIMENTOS**

De acordo com CAMPINHA-BACOTE (2011) mobilizámos como referência para este estudo, as competências culturais nos enfermeiros construídas com base na existência de: *sensibilidade cultural, auto-consciência, conhecimento, humildade e habilidades culturais* e planeamento das interações com os imigrantes nos designados *encontros culturais*, partindo da necessária *motivação* inicial dos enfermeiros.

Estes constructos definidos por esta autora, estiveram na base do planeamento de um grupo de discussão com enfermeiros (GEOFFRION, 2003), com o objetivo de validarmos e (re)interpretarmos os dados recolhidos numa primeira fase ( estes constituíram-se como a nossa base de dados - materiais produzidos a partir dos diferentes métodos de recolha de dados sobre os quais trabalhámos, em busca da referida análise interpretativa), a partir de:

narrativas escritas por enfermeiros e imigrantes (BOGDAN E BIKLEN, 2010), entrevistas etnobiográficas a enfermeiros, imigrantes e a sujeitos que considerámos testemunhos privilegiados – médico e mediadora cultural de organização prestadora de cuidados de saúde – como sugerem POIRIER, CLAPIER-VALLADON E RAYBAUT (1999) e observação participante de momentos de interação e cuidados em unidades de cuidados de saúde primários (SPRADLEY, 1980).

Relativamente aos imigrantes, planeámos igualmente um grupo de discussão com estes sujeitos, sendo que para o seu planeamento mobilizámos as dimensões – *perceção, consciência e padrões de resposta*, do conceito de *transição saúde/doença* para os imigrantes, identificadas por CHICK E MELEIS (1986) e por MELEIS (2010).

Para o desenho do nosso estudo colocámo-nos num paradigma qualitativo e etnográfico de investigação, propondo-nos reconstituir com os participantes, num total de 52 (23 enfermeiros, 1 mediadora cultural, 1 médico e 27 imigrantes), os significados sociais e culturais do processo de construção de competências culturais nos enfermeiros, como apontou PURNELL (2011).

O trabalho de campo ocorreu em cuidados de saúde primários, em contextos de cuidados de enfermagem à população imigrante – uma unidade de saúde familiar (em consultas de enfermagem) e duas unidades de cuidados na comunidade, em situações de visita domiciliária.

No que respeitou aos princípios éticos no desenvolvimento do estudo, atendemos ao sigilo e à privacidade na recolha de dados em todos os métodos utilizados, bem como ao anonimato dos diferentes intervenientes em interação e nos cuidados. Fizemo-lo nos momentos iniciais de contato com os sujeitos, recorrendo à clarificação e preenchimento do *termo de consentimento informado* com cada um dos participantes, tal como propôs CRÊTE, entendendo-se este como “a ideia de que o sujeito eventual deve ter bastante informação – sobre o que lhe será pedido e para que finsesta informação será usada” (2003, p.243).

Para o desenvolvimento do estudo solicitámos ainda parecer da Comissão de Ética da Universidade do Porto, em abril de 2011, após autorização da Direção Executiva do Agrupamento de Centros de Saúde em causa, que havíamos obtido em setembro de 2010. Em julho de 2011, obtivemos o parecer favorável ao desenvolvimento do estudo pela referida Comissão de Ética, sendo que iniciámos o acesso ao terreno com as técnicas de recolha de dados previstas.

Na fase final do trabalho de campo, devolvemos os dados analisados aos dois tipos de sujeitos, procurando simultaneamente a validação das interpretações feitas e a saturação dos dados, concretizada com as informações redundantes obtidas, tal como sugerem FLICK (2005) e STRAUSS E CORBIN (2008). Fizemo-lo recorrendo a dois distintos grupos de discussão (um de imigrantes e um de enfermeiros), estimulando respostas inicialmente a questões gerais e progressivamente mais focadas na problemática em estudo, de acordo com a proposta de GEOFFRION (2003).

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Da triangulação dos dados emergentes a partir das diferentes técnicas, identificámos domínios culturais associados à promoção da saúde com imigrantes: condução dos encontros; mobilização de conhecimentos; expressão de sentimentos e mobilização de crenças. Como denominador comum a estes domínios identificámos as crianças, filhas dos imigrantes como mediadoras e facilitadoras no processo de comunicação entre enfermeiros e os pais, identificado em ambos os grupos de discussão, da seguinte forma:

### **Do grupo dos imigrantes**

#### **Os *padrões* de resposta identificados nos encontros de promoção da saúde com enfermeiros**

Na caracterização destes padrões pelos imigrantes, surgiu a comparação face aos enfermeiros do país de origem, valorizando-se a relação de proximidade com estes profissionais, em Portugal, essencialmente mantida por via da relação com as crianças; surgiu ainda a referência ao “tratamento privilegiado”, de que se sentem alvo com os enfermeiros (pais e filhos), exatamente por estarem na condição de “minoría” como imigrantes, ao contrário de sentimentos de marginalização mais frequentemente apontados por este tipo de atores, como foi sugerido noutros estudos (SKOTT E LUNDGREN, 2009; VEGA, 2010).

#### **A *perceção* dos contributos dos enfermeiros para a sua estabilidade nos processos de saúde/doença**

O nível de proximidade entre sujeitos por via das crianças envolvidas nas díades de cuidados, surgiu assumido como um importante contributo para as tomadas de decisão dos imigrantes nos seus processos de saúde-doença individuais e familiares, tal como sugeriram MELEIS, SAWYER, IM, MESSIAS E SCHUMACHER (2000).

O uso do humor pelos enfermeiros, frequentemente despoletado pelas crianças nos cuidados, foi claramente apontado pelos imigrantes como um elemento facilitador e securizante, contribuindo ativamente para a promoção da saúde individual e familiar, motivando mais facilmente nestes sujeitos a adesão aos cuidados propostos.

#### **Do grupo dos enfermeiros:**

##### ***As habilidades culturais utilizadas em situações de interação***

A caracterização destas habilidades surgiu associada à promoção da saúde com atenção individualizada a adultos e crianças. Esta assunção vai ao encontro da manifestação dos imigrantes no seu grupo de discussão, ao referirem que se sentem foco de “especial atenção”, por serem imigrantes, especificamente pela *natural proximidade* que registam através dos seus filhos, ao contrário do que podemos consultar no estudo de VEGA (2010).

Os enfermeiros identificam dificuldades no planeamento de cuidados individualizados nos imigrantes, ligadas à barreira da língua e ao enquadramento cultural da mensagem, no processo de comunicação, de acordo com o que apontam DURIEUX-PAILLARD (2011) e INGLEBY (2011). A presença de crianças – filhos dos imigrantes, emergiu todavia como elemento facilitador no decurso dos encontros com enfermeiros e especificamente na desejada adesão aos cuidados na área da promoção da saúde, como se encontra previsto na Carta de Banguecoque (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2005) - especialmente em relação a hábitos alimentares e de saúde oral.

##### **O planeamento e o decurso dos *encontros culturais***

Surgiram ainda enfatizadas pelos enfermeiros, situações de constrangimentos nos encontros, quando os intérpretes presentes são familiares dos imigrantes (por vezes os filhos), na linha apontada no estudo de SKOTT E LUNDGREN (2009); identificamos aqui uma sensação de ambivalência dos enfermeiros na presença de intérpretes – filhos de imigrantes (crianças ou não), face à necessidade de por um lado poderem recorrer a alguém que faça a tradução mas por outro a sua presença se poder tornar constrangedora para a pessoa cuidada e para o próprio filho que traduz e interpreta a mensagem.

## **DAS CONCLUSÕES DESTE ESTUDO**

O desenvolvimento da promoção da saúde nos imigrantes, nas unidades de saúde estudadas, está intimamente relacionado com as competências culturais nos enfermeiros. O percurso evolutivo dos enfermeiros neste processo, inicia-se com a sua tomada de consciência sobre a forma como mobilizam o seu próprio património cultural no planeamento e decurso dos encontros com imigrantes.

Verificámos que esta consciencialização abre aos enfermeiros outras possibilidades de desenvolvimento profissional, no sentido do movimento descrito por BENNETT (2004): de uma visão etnocentrista da realidade, para uma outra mais etnorrelativista, em que a cultura própria dos profissionais se vai constituindo apenas como organizadora, entre múltiplas outras possibilidades que vão conseguindo identificar nas pessoas de quem cuidam, à medida que as suas competências culturais se vão desenvolvendo.

### **Relevamos especialmente:**

A presença de crianças - filhos dos imigrantes, surge particularmente identificada neste estudo, como um elemento importante no decurso dos encontros, em ordem à coerência nos cuidados e à promoção da saúde; os enfermeiros identificam nesta presença, uma probabilidade aumentada de aceder e interagirem mais rápido e mais facilmente com os respetivos pais, na sua prática clínica, contribuindo estas crianças em geral, para um sentimento de segurança e confiabilidade entre partes, funcionando para os imigrantes como elo de ligação e adesão aos cuidados de saúde individuais e familiares.

## **BIBLIOGRAFIA**

ORDEM DOS ENFERMEIROS. *Competências do enfermeiro de cuidados gerais*. 2003. Conselho de Enfermagem: OE.

LEININGER, Madeleine. *Transcultural Nursing: concepts, theories research and practices*. 2ªed. New York: McGraw Hill. 1995. ISBN 0-07-037660-3.

AMENDOEIRA, José. *Uma biografia partilhada da enfermagem*. Coimbra: Formasau. 2006. ISBN 972-8485-67-0.

PURNELL, Larry. *Models and theories focused on culture*. In Butts, Janie B. e Rich, Karen L. *Philosophies and theories for advanced nursing practice*. Hattiesburg: Jones & Bartlett Learning, 2011, p. 225-568.

FONSECA, Maria Lucinda, SILVA, Sandra, ESTEVES, Alina e MCGARRIGLE, Jennifer. *Mighealthnet – Relatório sobre o Estado da Arte em Portugal*. 2009. Lisboa: Centro de Estudos Geográficos.

RECHEL, Berndt, MLADOVSKY, Philipa, DEVILLÉ,Walter, RIJKS, Barbara, PETROVA-BENEDICT, Roumyana e MCKEE, Martin. *The future of migrant health in Europe*.In RECHEL, Berndt, Mladovsky, Philipa, Devillé,Walter, Rijks, Barbara, Petrova-Benedict, Roumyana e McKee, Martin (Eds).*Migration and health in the european union*. Berkshire: McGraw Hill, 2011, p. 245-250.

SERVIÇO DE ESTRANGEIROS E FRONTEIRAS. *Relatório de imigração, fronteiras e asilo - 2011*. Departamento de Planeamento e Formação. Núcleo de Planeamento. 2012. Lisboa: SEF

WORLD HEALTH ORGANIZATION. *Carta de Bangucoque: promoção da saúde num mundo globalizado*. 2005. 6ª Conferência Internacional sobre Promoção da Saúde. Bangucoque, Tailândia, 5-11 de agosto de 2005

CAMPINHA-BACOTE, Josepha. The process of cultural competence in the delivery of healthcare services: a model of care. *J Transcult Nurs*, abril, 2002, vol. 13, nº 3, p. 181-184.

CAMPINHA-BACOTE, Josepha. Cultural desire: the key to unlocking cultural competence. *Transcultural C.A.R.E.*, janeiro, 2003, vol.42, nº 6, p. 239-240.

INGLEBY, David. *Good practice in health provision for migrants*. In RECHEL, Berndt, Mladovsky, Philipa, Devillé,Walter, Rijks, Barbara, Petrova-Benedict, Roumyana e McKee, Martin (Eds).*Migration and health in the european union*. Berkshire: McGraw Hill, 2011, p. 227-241.

LEININGER, Madeleine. *Nursing and Antropology: two worlds to blend*. Ohio: Greyden Press. 1994. ISBN 1-57074-113-1.

BRONFENBRENNER, Urie. *A ecologia do desenvolvimento humano: experimentos naturais e planejados*. Tradução deM. A. V. Veronese. Porto Alegre: ArtMed. 2002. ISBN9788573071733.

GIGER, Joyce, DAVIDHIZAR, Ruth., PURNELL, Larry, HARDEN, J. Taylor, PHILLIPS, Janice e STRICKLAND, Ora. American academy of nursing expert panel report:developing cultural competence to eliminate health disparities in ethnic minorities and other vulnerable populations. *JTCN*, abril, 2007, vol.18, nº 2, 95-102.

CAMPINHA-BACOTE, Josepha. Delivering patient-centered care in the midst of a cultural conflict: the role of cultural competence.*JTCN online*, maio, 2011, vol. 16, nº2, p. 1-8.

GEOFFRION, Paul. *O grupo de discussão*. In Gauthier, B. (Dir.). In *Investigação social: da problemática à colheita de dados*. 3ª ed. Loures: Lusociência. 2003. p. 319-344.

BOGDAN, R. e BIKLEN, S. *Investigação qualitativa em educação: Uma introdução à teoria e aos métodos*. Tradução de M.J. Alvarez, S.B. Santos e T.M. Baptista. Porto: Porto Editora. 2010. ISBN 978-972-0-34112-9.

POIRIER, Jean, CLAPIER-VALLADON, Simone e RAYBAUT, Paul. *Histórias de Vida. Teoria e Prática*. Tradução de J. Quintela. 2ªed. Oeiras: Celta. 1999. ISBN 972-774-022-7

SPRADLEY, James P. *Participant observation*. Orlando: Library of Congress Cataloging in Publication Data. 1980. ISBN 0-03-044501-9.

CHICK, Norma e MELEIS, Afaf Ibrahim. *Transitions: A Nursing Concern*. San Francisco: Aspen Publications. 1986. ISBN 978-989-96715-0-8.

MELEIS, Afaf Ibrahim. *Immigrant transitions and health care: an action plan*. In Meleis, Afaf Ibrahim (Ed.). *Transitions theory: middle-range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company, 2010, p. 241-249.

CRÊTE, Jean. *A ética em investigação social*. In Gauthier, B. (Dir.), *Investigação social: da problemática à colheita de dados*. 3ª ed. Loures: Lusociência. 2003. p. 233-254. FLICK, Uwe. *Métodos qualitativos na investigação científica*. Tradução de A. M. Parreira. Lisboa. Monitor. 2005. ISBN 972-9413-67-3.

STRAUSS, Anselm e CORBIN, Juliet. *Pesquisa qualitativa: técnicas e procedimentos para o desenvolvimento de teoria fundamentada*. Tradução de L.O. Rocha. 2ª ed. S Paulo: Artmed. 2008. ISBN 9788536310435.

SKOTT, Carola e LUNDGREN, Solveig. Complexity and Contradiction: Home Care in a Multicultural Area. *Nurs Inq*, março, 2009, vol.16, nº 3, p. 223-31.

VEGA, Anne. *Soignants/soignés: pour une approche anthropologique des soins infirmiers*. Bruxelles: de boeck. 2010. ISBN 978-2-8041-3810-3.

MELEIS, Afaf Ibrahim, SAWYER, Linda M., IM, Eun-Ok, MESSIAS, DeAnne K. Hilfinger, SCHUMACHER, Karen. Experiencing transitions: an emerging middle-range theory. *Proq Nurs J*, setembro, 2000, vol.23, nº 1, p. 12-28.

DURIEUX-PAILLARD, Sophie. Differences in language, religious beliefs and culture: the need for culturally responsive health services. In Rechel, B., Mladovsky, P., M., Devillé, W., Rijks, B., Petrova-Benedict, R. & McKee, M. (Eds). *Migration and health in the european union*. Berkshire: McGraw Hill, 2011, p. 203-212.

BENNETT, Milton. *Becoming interculturally competent*. In J.S. Wurzel (Ed.) *Toward multiculturalism: A reader in multicultural education*. Newton, MA: Intercultural Resource Corporation, 2004. [Consult. 2 abr. 2010]. Disponível em [http://www.wholecommunities.org/pdf/privilege/4\\_Becominginterculturallycompe\\_Bennett.pdf](http://www.wholecommunities.org/pdf/privilege/4_Becominginterculturallycompe_Bennett.pdf).

# CUIDAR COM A CRIANÇA E FAMÍLIA: REGISTOS DOS ESTUDANTES DE ENFERMAGEM

Regina Ferreira<sup>1</sup>;Teresa Carreira<sup>1</sup>&Conceição Santiago<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Instituto Politécnico de Santarém - Escola Superior de Saúde

## RESUMO

**Introdução:** Os registos de enfermagem são o meio de comunicação indispensável para a continuidade e qualidade de cuidados e determinantes na individualização da assistência à pessoa; relatam ainda os resultados das intervenções de enfermagem realizadas. É essencial que os estudantes do Curso de Enfermagem reconheçam a importância dos registos de enfermagem e integrem as suas finalidades e princípios. **Objetivos:** Analisar os resultados das intervenções de enfermagem realizadas pelos estudantes através dos registos de enfermagem e identificar as dimensões das intervenções autónomas valorizadas pelos mesmos. **Método:** Estudo qualitativo com recurso à técnica de análise de conteúdo. Participaram 40 estudantes do 4º ano do Curso de Enfermagem. **Resultados:** Obteve-se como estrutura organizadora de análises atividades de vida do Modelo de Enfermagem de Roper, Logan e Tierney, de onde emergiram os registos que os estudantes descreveram como caracterizadores do resultado das suas intervenções. **Conclusão:** Consideramos que, ao longo do processo de ensino-aprendizagem dos estudantes, o ensino clínico realizado em diferentes contextos da prática de cuidados constitui-se no cenário ideal para a integração e valorização, que em conjunto com o ensino teórico, permitem a aquisição de competências inerentes à elaboração dos registos de enfermagem.

**Palavras-chave:** Cuidar, criança/família, registos dos estudantes de enfermagem, resultados.

## ABSTRACT

**Introduction:** Thenursingrecordsare the meansof communicationessentialtothe continuityand quality ofcareand determinantsin theindividualization of careto the person; also reportthe resultsof nursing interventionsperformed. It is essentialthat studentsof Nursingrecognizethe importanceofnursingrecordsand integrateits purposesand principles.**Objectives:**To analyzethe outcomesof nursing interventionsperformedby studentsthrough thenursingrecordsand identifythe dimensionsofautonomous interventionsvaluedby them.**Method:** qualitative study using the technique of content analysis. 40 students participated in the 4th year of the Nursing Course.**Results:** Obtained as organizing framework the analysis of life activities Model of Nursing by Roper, Logan and Tierney, from which emerged the records that students described as characterizing the outcome of their interventions. **Conclusion:** We believe that, through the students' learning process of Nursing Course, the clinical learning achieved in different caring practice contexts constitutes the ideal framework for integration and enhancement which together with the theoretical learning allow the acquisition of competences, inherent in the development of nursing records.

**Keywords:** Care, child/family, students' nursing records, nursing outcomes.

## INTRODUÇÃO

Os registos de enfermagem constituem, nos dias de hoje, uma fonte de informação imprescindível para a prática de enfermagem e é consensualmente aceite dentro da nossa comunidade profissional. Esta importância deve-se, em grande parte, à evolução constante da Enfermagem nos seus saberes próprios que, progressivamente se têm vindo a afirmar na prática clínica. E às mudanças e transformações que se verificam nos contextos de cuidados de saúde, nomeadamente no modo de registo da informação sobre a assistência de saúde dada aos clientes/doentes (Silva<sup>1</sup>, 2001). Ressalva-se, ainda, que ao nível do plano jurídico para o exercício profissional de Enfermagem, os registos são uma imposição legal (Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [REPE], 1998, Artº 5, ponto 4), tal como é a aplicação da metodologia científica do processo de enfermagem na prestação de cuidados (Ordem dos Enfermeiros<sup>2</sup>, 2012).

O termo registo, é aqui concebido como a comunicação por escrito de factos essenciais para manter uma história continuada das situações por um determinado período de tempo (Amendoeira<sup>3</sup>, 2003). Por sua vez, os registos de enfermagem enquanto meio de comunicação essencial na equipa multidisciplinar, fornecem um conjunto de dados determinantes na individualização e na qualidade da assistência à pessoa tornando-os, deste modo, indispensáveis quer no planeamento quer na continuidade de cuidados (Simões & Simões<sup>4</sup>, 2007; Dias<sup>5</sup>, 2001). Neste sentido, os registos deverão conter “informações resultantes das necessidades de prestação de cuidados de enfermagem (intervencções autónomas) bem com toda a informação resultante do processo de tomada de decisão de outros técnicos/profissionais e implementados pelo enfermeiro (intervencções interdependentes) e a restante informação necessária à continuidade de cuidados” (Ordem dos Enfermeiros<sup>6</sup>, 2006, p. 14).

Consideramos ainda pertinente referir que, os Sistemas de avaliação da qualidade dos cuidados de enfermagem são frequentemente baseados na auditoria dos registos de enfermagem (Bradshaw, 1987; Harvey, 1991, citados por Marinis<sup>7</sup>, et al., 2009; Sparrow, & Robinson<sup>8</sup>, 1992), essenciais para a acreditação e controlo de qualidade (Moloney & Maggs, 1999; Ehrenberg et al., 2001, citados por Marinis<sup>7</sup> et al., 2009). No entanto, Currell & Urquhart, 2003 citados por Marinis<sup>7</sup> et al., 2009) dizem-nos que não encontraram nenhuma evidência, através de uma revisão sistemática da literatura, sobre a evolução dos registos relativamente à prática de enfermagem. Por outro lado, os registos não refletem necessariamente a realidade dos cuidados executados (Sparrow & Robinson<sup>8</sup> 1992; McElroy et al., 1995; Hale et al., 1997; Adamsen & Tewes, 2000; Ehrenberg et al., 2001; Palese et al., 2006, citados por Marinis<sup>7</sup> et al., 2009).

Na formação inicial, consideramos que os estudantes de Enfermagem durante o seu percurso académico deverão, não só reconhecer a importância dos registos de enfermagem nas suas diferentes dimensões, como também integrar as suas finalidades e princípios. Várias são as estratégias de ensino-aprendizagem utilizadas, quer em contexto académico quer na orientação pedagógica realizada durante as suas experiências de prestação de cuidados no ensino clínico, no sentido de os capacitar para um exercício profissional em que os registos de enfermagem são uma imposição legal. Cremos que a integração de conhecimentos é mobilizada e aprofundada nos contextos da prática onde os estudantes trabalham com situações reais, utilizando os recursos próprios de cada contexto,

estabelecendo metas e planeando o trabalho a realizar, interagindo com diferentes profissionais e particularmente com a pessoa/cliente, sujeito dos cuidados, o que lhes permite pôr em prática o “processo de cuidados” (Amendoeira<sup>3</sup>, 2003). Nesta perspetiva, os contextos da prática clínica são um contributo essencial para a flexibilidade e abertura à mudança e inovação, como atualmente verificamos com a implementação do registo informatizado na maioria dos serviços de saúde.

Podemos assim dizer, que preconizamos que os estudantes, desde uma fase inicial do seu percurso de formação, através da experiência em contextos da prática clínica, desenvolvam competências na utilização dos métodos e os instrumentos de planeamento e organização do trabalho específicos da prática de cuidados de enfermagem (Amendoeira<sup>3</sup>, 2003).

Face ao exposto, definimos como objetivos do estudo analisar os resultados das intervenções dos estudantes através dos registos de enfermagem e identificar as dimensões das intervenções autónomas de enfermagem valorizadas pelos mesmos.

## **MÉTODO**

Dado que se pretende apreciar o conteúdo dos registos, optou-se pelo método qualitativo. Assim, procurámos realizar um estudo com recurso à análise escrita de frases provenientes de um questionário constituído por duas partes. A primeira parte, teve por base as 12 Atividades de Vida (Modelo de Enfermagem de Roper, Logan, & Tierney<sup>9</sup>, 2001) onde era possível, os estudantes efetuarem 7 a 10 respostas espontâneas que visavam as intervenções valorizadas e realizadas pelos mesmos no cuidar com a criança e família em contexto de ensino clínico. A segunda parte, era relativa aos dados sociodemográficos.

Após pedido de autorização do estudo à direção da Escola Superior de Saúde de Santarém, cujo parecer foi favorável, aplicamos o questionário aos estudantes obedecendo às questões éticas e deontológicas.

Participaram no estudo 39 estudantes dos 40 que constituíam o 4º ano do Curso de Enfermagem (CE) no ano letivo 2012/2013.

A colheita de dados ocorreu no dia 8 de março de 2013, após término do ensino clínico em internamento de pediatria desenvolvido em diferentes contextos no âmbito do protocolo de cooperação interorganizacional da Escola.

Os dados foram analisados segundo técnica de análise de conteúdo, com recurso do programa NVivo versão 10.

## RESULTADOS

Os estudantes são maioritariamente do sexo feminino (34), com idades compreendidas entre os 20 e 30 anos, encontrando-se a sua maioria nos 21 anos (16).

Obteve-se como estrutura organizadora de análise as atividades de vida do Modelo de Enfermagem de Roper<sup>9</sup> et al., (2001), de onde emergiram os registos que os estudantes descreveram como caracterizadores do resultado das suas intervenções.

Obtivemos um total de 333 registos, distribuídos pelas 12 Atividades de Vida (AV's) que caracterizam o Modelo de Enfermagem (Roper<sup>9</sup> et al., 2001), conforme se pode constatar no Quadro n.º1. Realçamos a AV Eliminar com o maior número de respostas (39), a Expressar-se Sexualmente com 2 e nenhum registo na AV Morrer.

Pensamos que estes resultados são um reflexo das características dos contextos onde decorreu o ensino clínico – serviços de pediatria geral (SPG) e onde encontramos sobretudo crianças de 1ª infância.

Quadro nº 1 - Registos efetuados pelos estudantes por atividades de vida

Atividades de Vida	Total de respostas
Respirar	36
Eliminar	39
Comer e beber	37
Manter Ambiente Seguro	31
Fazer higiene e Vestir-se	37
Comunicar	32
Manter a temperatura Corporal	35
Trabalhar e Divertir-se	28
Mover-se	23
Dormir	33
Expressar-se Sexualmente	2
Morrer	0
TOTAL	333

Numa apreciação geral, verificamos que as palavras mais frequentes foram:

*Realizou* (N=113) incluindo similares como realiza, realizada (que é relativa aos enfermeiros ou ao sujeito dos cuidados- criança, mãe, pai, pais); *Criança* (N=103), em menor número de registos surge o nome da criança; *Mãe* (N=84); *Períodos* (N= 81); *Higiene*(N= 64); *Dormiu e Leito* (N= 62); *Calmo* (N=61); *Apresenta* (N=60); *Brincou* (N=58), conforme se pode observar no Figura n.º 1.



Figura n.º 1 – Palavras mais frequentes

Refletindo sobre estas palavras e sua sequência, parece existir relação entre as atividades desenvolvidas em contexto e sua valorização, já que a mais frequente é no âmbito da intervenção (realizou/realiza), seguida do sujeito dos cuidados (criança, mãe). De seguida surgem-nos os dados objetivos, como os aspetos biofísicos e psicocomportamentais ligados às AV's Fazer higiene e vestir-se, Dormir, Comunicar e Trabalhar e divertir-se – onde se considera o “brincar”.

Explorando a palavra *Criança* (Figura n.º2) podemos constatar palavras relativas a dados psicocomportamentais e biofísicos decorrentes da intervenção do enfermeiro envolvendo a criança e mãe (“mãe carinhosa”, “brincar na sala lúdica”, alegre, ativa, irritada, comunicativa, interage, brincou, calma, colaborante, polipneia, febre, cansaço a esforços, dificuldade respiratória, tosse, dor) bem como algumas relativas aos resultados da intervenção (grades permanecem elevadas, tomou banho, realizou higiene oral, períodos de deambulação, estava a dormir, mobiliza-se autonomamente, informação transmitida, reforçados ensinamentos).

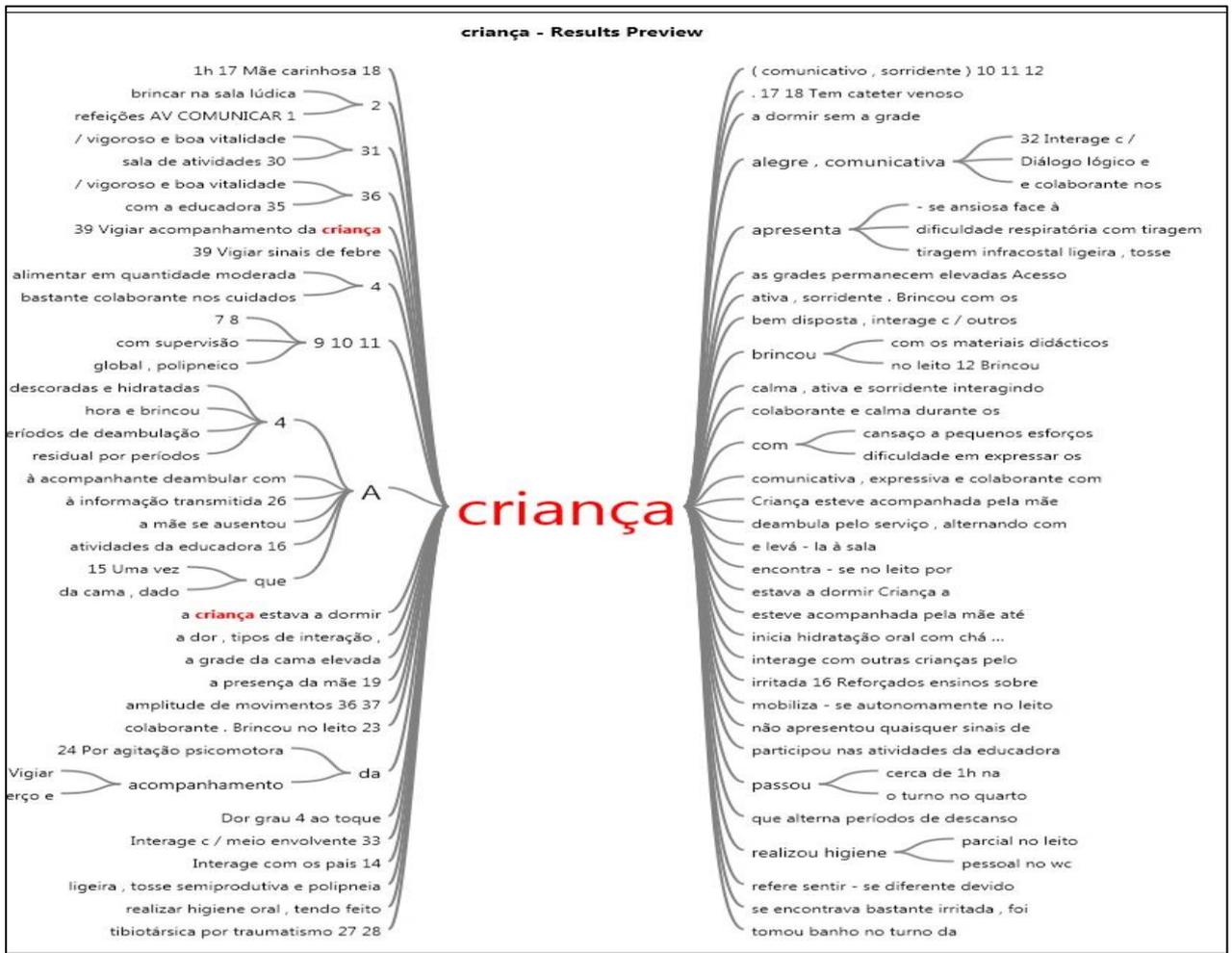


Figura n.º 2 – Palavras associadas à palavra *criança*

Associado à palavra *Mãe* surgem inúmeras palavras que salientam a intervenção do enfermeiro com a díade (mãe/criança), com realce para a avaliação das competências desenvolvidas pela mãe e pela criança, recorrendo a ensinios, observação, supervisão, colaboração (Figura n.º3).

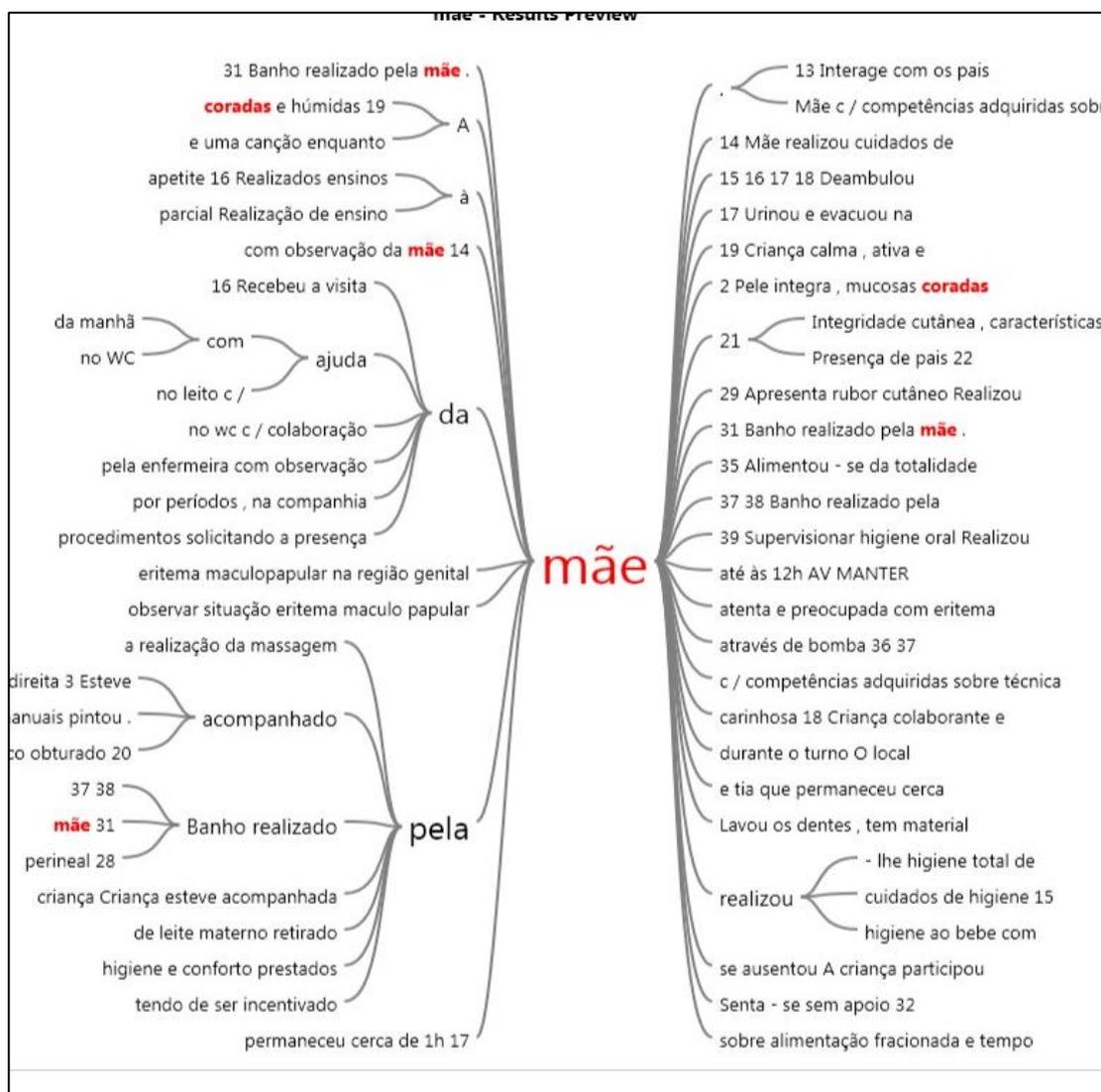
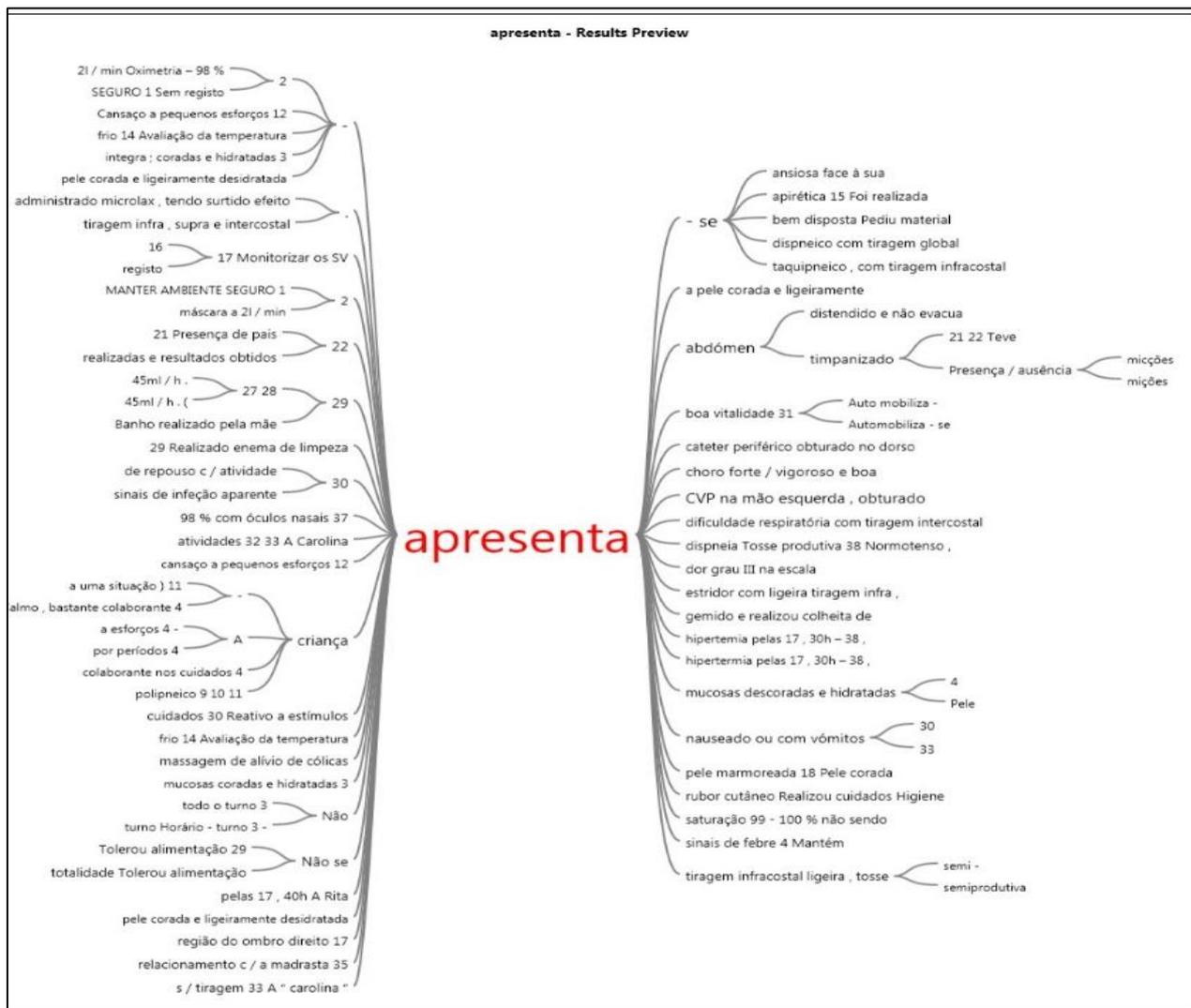


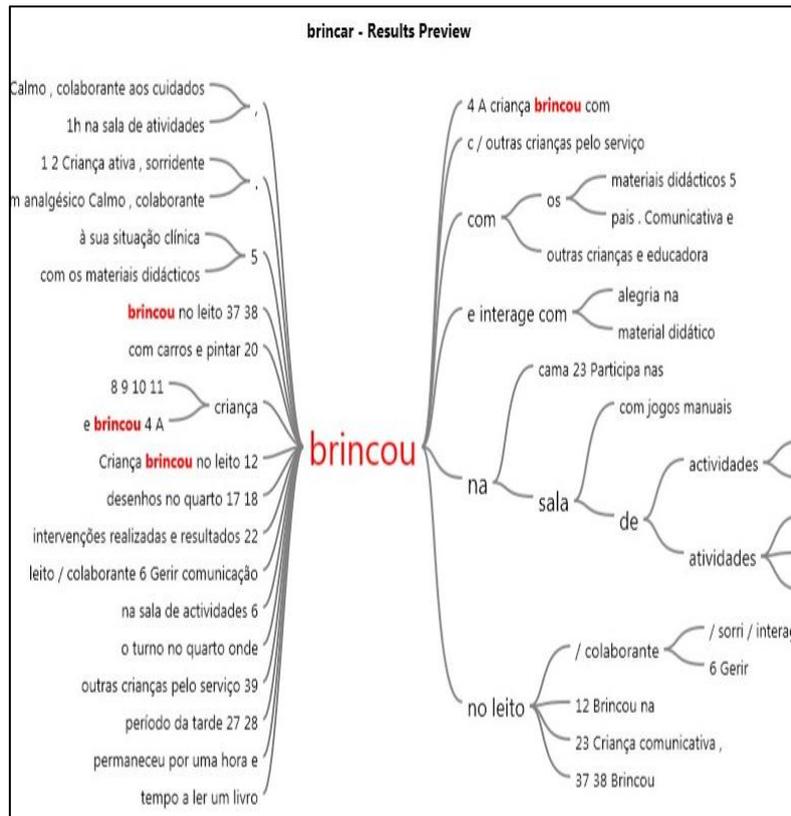
Figura n.º 3 – Palavras associadas à palavra *mãe*

Outras duas palavras, das mais frequentes, e que quisemos explorar foram *Apresenta* e *Brincou/brincar* (Figura n.º4). Quanto à palavra *Apresenta* destacam-se os dados biofísicos, sua avaliação, intervenção e resultados (dispneia, abdómen distendido, dor, febre, Sinais vitais, avaliação da temperatura, massagem de alívio de cólicas e saturação O<sub>2</sub>, tolerou alimentação, mucosas coradas e hidratadas, automobiliza-se).



**Figura n.º 4 – Palavras associadas à palavra *apresenta***

A palavra *Brincar ou Brincou* (Figura n.º5) reflete os aspetos psicocomportamentais da criança ligada às atividades desenvolvidas pela criança, pressupondo uma relação entre as atividades lúdicas (como a leitura, jogos, material didático) e o comportamento da criança (como sorridente, colaborante, alegre). Nesta árvore de palavras surge a palavra *Dor* que está também associada à palavra “comunicativa”, que reflete a dimensão da avaliação da dor.



**Figura n.º 5 – Palavras associadas à palavra *brincar***

## **ANÁLISE DOS DADOS**

Após a leitura e análise atenta das palavras e das frases e na sequência do anteriormente exposto, definimos como principais categorias e subcategorias as seguintes (Quadro n.º2):

- A categoria “Avaliação” onde incluímos os aspetos biofísicos e psicocomportamentais que consideramos inerentes quer à avaliação inicial, quer à avaliação sistemática de evolução da situação de saúde da criança/família e que é o ponto de partida para a caracterização dos problemas de saúde identificados pelos enfermeiros.
- A categoria “Intervenções de enfermagem com duas subcategorias: intervenções autónomas e interdependentes, com destaque para as intervenções autónomas 71 registos e as interdependentes com 15 registos.
- A categoria “Resultados” onde se verificou o maior número de registos e reflete a centralidade dos cuidados e o efeito das intervenções. Em cada uma das subcategorias realçamos, na primeira a participação da criança no processo de cuidados, bem como a

parceria de cuidados (*“Criança ativa e sorridente, interagindo bem com as outras crianças e profissionais de saúde”*; *“A mãe realizou-lhe higiene total de forma competente”*). E na segunda, a resposta da criança aos cuidados prestados, as respostas face às necessidades da criança e a valorização da informação para a continuidade dos cuidados (*“Alimentou-se de dieta polifracionada sem carne de porco, uma vez que não gosta e tolerou”*).

**Quadro nº 2 - Grelha de análise**

CATEGORIAS	SUB-CATEGORIAS
Avaliação	Aspetos biofísicos
	Aspetos psicocomportamentais
	Caracterização do problema de saúde por Atividade de vida (AV)
Intervenções de Enfermagem	Intervenções autónomas
	Intervenções interdependentes
Resultados	Centralidade da criança/família
	Efeito das intervenções

## CONCLUSÃO

Considerando que este estudo se reporta à formação inicial de enfermeiros e atendendo aos resultados obtidos, constatamos que o ensino clínico realizado em diferentes contextos da prática de cuidados constitui-se, em conjunto com o ensino teórico, num cenário ideal para a integração e valorização de competências inerentes à realização dos registos de enfermagem.

Evidencia-se no estudo, que os estudantes quando cuidam da criança e família registam maioritariamente como resultados das suas intervenções os fatores físicos e psicológicos em detrimento dos fatores, socioculturais, politicoeconómicos e ambientais (Roper<sup>9</sup> et al.,2001). No que diz respeito ao registo da informação resultante da tomada de decisão de outros técnicos/profissionais e implementadas pelos estudantes, estas não são consideradas por eles, tão relevantes, pelo que, sugere-nos uma maior valorização para as intervenções autónomas durante o percurso formativo.

## LIMITAÇÕES DO ESTUDO

O presente estudo limita-se a uma análise de afirmações dos estudantes face ao ensino clínico realizado em contextos de pediatria. Consideramos que outras etapas necessitam de ser exploradas nomeadamente a confrontação com os registos reais realizados em contextos da prática clínica.

## CONTRIBUTOS PARA A ENFERMAGEM

No sentido de aumentar o conhecimento sobre esta temática, sugerimos estudos que explorem questões relacionadas com os fatores inerentes ao processo de ensino aprendizagem, como por exemplo o impacto da presença/ausência do professor durante o ensino clínico, a influência da divergência de registos nos diferentes contextos da prática e evolução dos mesmos ou outros fatores de causalidade.

## BIBLIOGRAFIA

- 1 - Silva, A. (2001). *Sistemas de Informação em Enfermagem: Uma Teoria Explicativa da Mudança*. Tese de doutoramento, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Porto, Portugal.
- 2 - Ordem dos Enfermeiros. (2012). *REPE e Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Lisboa: Artes Gráficas.
- 3 - Amendoeira, José [coord.] e colab. (2003). *Os Instrumentos Básicos na Construção da Disciplina de Enfermagem. Expressões e significados*. Recuperado em 22 de abril, 2013, de [http://repositorio.ipsantarem.pt/browse?type=title&sort\\_by=1&order=ASC&rpp=20&etal=-1&starts\\_with=amendoeira](http://repositorio.ipsantarem.pt/browse?type=title&sort_by=1&order=ASC&rpp=20&etal=-1&starts_with=amendoeira)
- 4 - Simões, C. M. A. R. & Simões, J. F. F. L. (2007, junho). Avaliação Inicial de Enfermagem em Linguagem CIPE® segundo as Necessidades Humanas Fundamentais. *Referência*, II.ª Série, 4, 9-23.
- 5- Dias, A. (2001). Registos de Enfermagem. *Servir*. 49(6), 267-271.
- 6 - Ordem dos Enfermeiros. (2006) Conselho Jurisdicional - Parecer CJ 71/2005. Registos informáticos realizados por estudantes de enfermagem. *Revista da OE*, Lisboa n. 22, julho (14-15)
- 7 - Marinis, M. G.; Piredda, M.; Pascarella, M. C.; Vicenzi, B; Spiga, F.; Tartaglioni, D.; Alvaro, R.; & Matarese, M. (2009). If it is not recorded, it has not been done!? Consistency between

nursing records and observed nursing care in an Italian hospital. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 1544-1552.

8 - Sparrow, S. & Robinson, J. (1992). The use and limitations of Phaneuf's Nursing Audit. *Journal of Advanced Nursing*, 17, 1479-1488.

9 - Roper, N.; Logan, W.; Tierney, A. J. (2001) *O modelo de enfermagem de Roper, Logan & Tierney*. Lisboa: Climepsi Editores

## DOR E AUTOCUIDADO: QUE INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM? REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

José Amendoeira<sup>1,2</sup>; Irene Santos<sup>1</sup>; Isabel Barroso<sup>1</sup>; Celeste Godinho<sup>1</sup>; Cassilda Sarroeira<sup>1</sup>; Marta Rosa<sup>1</sup> & Gina Marques<sup>1</sup>;

<sup>1</sup>Instituto Politécnico de Santarém – Escola Superior de Saúde de Santarém/ UIIPS/ UMIS

<sup>2</sup>Investigador integrado no CESNOVA. Investigador no CIIS/UCP

e-mail de contacto:

irene.santos@essaude.ipsantarem.pt

### RESUMO

A gestão dos sintomas apresenta um estatuto importante na experiência de saúde-doença das pessoas, constituindo-se das principais razões para a procura dos cuidados de saúde, pelos cidadãos. Experienciados pelas pessoas com condições agudas e crónicas diversas, os sintomas são a sua primeira preocupação, bem como dos prestadores de cuidados.

Esta revisão sistemática da literatura surge integrada na primeira etapa do projeto *Gestão de sintomas: Dor e autocuidado no âmbito do processo de doença crónica*, integrado na Unidade de Monitorização de Indicadores de Saúde (UMIS).

Procura inventariar o estado da arte relativamente à produção científica relacionada com a gestão de sintomas, orientada pela questão de investigação: “*As intervenções individualizadas de enfermagem promovem o autocuidado em pessoas com dor e sofrimento?*”.

A pesquisa foi realizada na plataforma EBSCO, prosseguindo protocolo estabelecido, com filtro 2003/2013; após a aplicação dos critérios definidos resultaram 5 estudos primários.

A análise dos artigos permitiu identificar como temas centrais: a dor, gestão da dor e incapacidade. A intervenção surge num contexto de multidisciplinaridade, em torno das dimensões: Avaliação (da pessoa, dor, incapacidade); fatores facilitadores e dificultadores (da gestão da dor); educação para a saúde (como estratégia).

**Palavras-chave:** enfermagem; dor; gestão da dor; intervenção individualizada; autocuidado.

## **ABSTRACT**

The management of symptoms presents an important status in the experience of health - illness of individuals, constituting one of the main reasons for seeking health care by citizens. Experienced by people with various acute and chronic conditions, symptoms are their first concern, and also for care providers.

This systematic literature review is integrated in the first stage of the project *Management of symptoms: pain and self-care in the process of chronic disease*, integrated in the Monitoring Unit of Health Indicators (UMIS).

It searches to inventory the state of the art regarding scientific production related to symptom management, guided by the research question: "The individualized nursing interventions promote self-care in people with pain and suffering?". The survey was conducted in the EBSCO platform, following an established protocol, with a filter for 2003/2013. As a result of the application of the criteria, 5 primary studies, came up. The analysis of the articles allowed identifying as central themes: pain, management of pain and disability. The intervention arises in the context of multidisciplinary, around dimensions: Evaluation (of the person, pain, disability); facilitating and inhibiting factors (of pain management), health education (as a strategy).

**Keywords:** nursing, pain, pain management, individualized intervention, self-care.

## **INTRODUÇÃO**

O desenvolvimento científico e tecnológico possibilitou ao setor da saúde meios de diagnóstico e terapêuticas mais eficazes, contribuindo para o aumento da esperança de vida e da longevidade, mesmo quando associado a processos de doença crónica. Tal facto constitui uma importante conquista para a humanidade, mas também um desafio, pelas mudanças demográficas provocadas, com impacto em todas as políticas públicas, destacando-se ao nível da saúde: A mudança de concepção de cuidados de saúde, com maior ênfase na promoção da saúde, prevenção da doença e o envolvimento e responsabilização dos cidadãos na gestão dos seus processos de saúde / doença; a limitação de recursos, ditada pela economia da saúde, caracterizada pela contenção de custos, com reflexo em internamentos hospitalares reduzidos; mas também a crescente relevância dos cuidados de

proximidade em contexto domiciliário e comunitário, com a necessidade de capacitar as famílias para uma melhor adaptação aos desafios de saúde; a disseminação e acesso à informação por parte dos cidadãos, capacitando-os à tomada de decisão na gestão dos seus processos de saúde / doença (Petronilho<sup>1</sup>, 2012).

Tais determinantes influenciaram a emergência de um modelo de crenças em saúde, baseado no autocuidado. Este é um conceito multifacetado e interdisciplinar, compreendido pelas ações que o ser humano desenvolve, consciente e deliberadamente, em seu benefício, no sentido de promover e manter a vida, o bem-estar e a saúde (Pires<sup>2</sup>, 2008); essas ações podem ser inatas ou aprendidas, realizadas por leigos em nome próprio, isoladamente ou em colaboração participativa com os profissionais (Organização Mundial da Saúde<sup>3</sup>, 2010).

A vivência de uma transição de saúde para a situação de doença crónica impele a pessoa para um conjunto de mudanças na sua vida pessoal e familiar (Meleis<sup>4</sup>, 2010), sendo desejável que, além da gestão emocional, a pessoa seja capaz de se ajustar a um novo conjunto de comportamentos de autocuidado e atitudes, que permitam gerir alterações na funcionalidade, reorganização de papéis, gestão da doença e da complexidade do regime terapêutico (Silva e Bastos<sup>5</sup>, 2012). Nesta perspetiva, o autocuidado assume diferentes significados para diferentes pessoas e, enquanto comportamento, reflete o estilo individual, as adaptações específicas, as circunstâncias do presente e as perspetivas de futuro (Orem<sup>6</sup>, 2001). Face à doença crónica verifica-se que, perante necessidades similares, as pessoas têm diferentes respostas comportamentais e de atitude, apesar da vivência do processo de saúde-doença se centrar habitualmente em indicadores de natureza epidemiológica, numa vertente predominantemente biomédica.

Em situação de doença crónica colocam-se questões relativas à funcionalidade e à autonomia para o exercício de atividades de vida, sendo essencial identificar os fatores e/ou variáveis sobre as quais seja possível desenvolver ações concertadas, no sentido da melhoria da saúde da população. No âmbito das experiências de saúde-doença, a gestão dos sintomas apresenta um estatuto importante, constituindo-se numa das principais razões para a procura dos cuidados de saúde, pelos cidadãos.

Relevando nesta fase de desenvolvimento do projeto a dor e o sofrimento, emergem diferentes correntes de pensamento na compreensão da relação entre estes dois fenómenos: umas defendem que dor e sofrimento são distintos, enquanto outras não os

distinguem, sendo no entanto unânimes na ideia de que a dor não pode ser entendida apenas na sua dimensão física (Nyatanga<sup>7</sup>, 2005).

Quando nos propomos analisar a situação da pessoa com dor, procuramos fazê-lo numa perspetiva ecológica, na qual se podem distinguir diferentes sistemas contextuais (Bronfenbrenner & Morris<sup>8</sup>, 1999), desde um nível micro a um nível macrosistémico.

Ao nível do Microssistema, procura-se compreender o padrão de atividades, papéis sociais e relações interpessoais experienciadas pela pessoa em situação de dor, em desenvolvimento num dado ambiente, face-a-face com características físicas, sociais e simbólicas particulares.

Ao nível do Mesossistema, identificam-se as interligações e processos que acontecem entre dois ou mais ambientes, que incluem a pessoa em situação de dor, nomeadamente as organizações de Saúde. Procura-se a este nível compreender que tipo de informação importante é fornecido, de forma sistemática, aos profissionais de saúde, e que intervenções são reconhecidas como eficazes.

O Exossistema envolve as ligações e os processos que têm lugar entre dois ou mais ambientes, sendo que pelo menos um deles não contenha a pessoa com dor; como exemplo o grupo de trabalho «O Enfermeiro na Prevenção e Controlo da Dor» que realizou em Dezembro de 2006 um workshop nacional reunindo 45 enfermeiros de diferentes regiões do país, com experiência reconhecida na área da dor ao nível do ensino, investigação e prática.

O Macrosistema refere-se ao padrão externo – inclui o microssistema, o mesossistema e o exossistema, característicos de uma determinada cultura ou subcultura organizacional, com particular ênfase para os referenciais de desenvolvimento e investigação, relativos ao fenómeno da dor. Destacamos a Circular Normativa de 14 de Junho<sup>9</sup> de 2003 (nº 09/DGCG), que considera a dor o 5º sinal vital; o “Manual da Dor: Guia orientador de boa prática<sup>10</sup>” (OE, 2008), e o “Programa Nacional de Luta contra a Dor”<sup>11</sup> (DGS, 2008).

Frequentemente associado à dor física surge o conceito de sofrimento, embora, na perspetiva de Cassell<sup>12</sup> (2004), entender o sofrimento como um sinónimo de dor física é redutor, pois o sofrimento é característico não do corpo, mas da pessoa, nas suas múltiplas dimensões. Apesar da familiaridade do ser humano com o sofrimento, quando este surge é sentido como algo externo e estranho, que aparece de uma forma inesperada e incontrolada, ameaçando a homeostase da pessoa e alterando a sua relação com o corpo e com o mundo (Fleming<sup>13</sup>, 2003).

O sofrimento é um sentimento de desprazer, variável de um simples e transitório desconforto mental, físico ou espiritual até uma extrema angústia, que pode evoluir para o desespero,

caracterizado pelo sentimento de abandono de si mesmo, podendo chegar a um estado terminal de indiferença e apatia (Travelbee 1966, citada por Meleis<sup>14</sup>, 1997:361).

Perante fenómenos tão globais e significativos pretendemos, no âmbito deste artigo, contribuir para o conhecimento de como as variáveis em referência poderão ser influenciadas pelo cuidado de Enfermagem, produzindo resultados relevantes, baseados no âmbito e domínio da prática e para os quais exista evidência empírica que relacione as intervenções de enfermagem individualizadas com os resultados. Assinalamos a singularidade de cada situação, cujos efeitos se manifestam por mudanças no estado de saúde-doença das pessoas, comportamento ou percepção e/ou pela resolução do problema pelo qual a intervenção de enfermagem foi proporcionada (Doran<sup>15</sup>, 2011). A disciplina de enfermagem, comprometida com o cuidado à pessoa numa perspetiva holística e acompanhando-a no seu ciclo vital, na consecução do seu projeto de saúde (OE, 2001<sup>16</sup>), dá relevância aos significados individuais e às respostas humanas da vivência do processo de saúde / doença, e aos fenómenos a ela associados.

Os enfermeiros, continuamente envolvidos na prestação de cuidados de saúde aos cidadãos, assumem o compromisso da tomada de decisão de acordo com o conhecimento mais válido disponível, mobilizando princípios e teorias e tendo em conta o contexto de possível impacto. O movimento da prática de enfermagem baseada em evidências científicas é uma tentativa de atender a essa característica profissional (Taylor, Renpenning<sup>17</sup>, 2011), processo que impõe a integração da evidência pela investigação.

## **METODOLOGIA**

Como ponto de partida para a revisão da literatura, foi formulada a seguinte questão, segundo o formatoPI[C]OD (Melnyk & Fineout-Overholt<sup>18</sup>, 2011): "As intervenções individualizadas de enfermagem promovem o autocuidado em pessoas com dor e sofrimento?".Definiram-se critérios de inclusão e exclusão(Quadro nº 1),com o objetivo de inventariar a produção científica relacionada com a gestão de sintomas, bem como as intervenções individualizadas de enfermagem, promotoras de autocuidado, em pessoas com dor e sofrimento.

**Quadro nº 1– Critérios de inclusão e de exclusão por dimensão da pergunta PI[C]O**

FORMULAÇÃO DA PERGUNTA PI[C]O			PALAVRAS CHAVE
		Critérios de inclusão:	Critérios de Exclusão:
<b>P</b>	Participantes	(P1) Pessoa adulta e idosa com dor e sofrimento (P2) Enfermeiros	Criança, jovem, pessoa adulta ou idosa com doença mental; pessoa grávida.
<b>I</b>	Intervenções	Intervenções individualizadas de enfermagem (centradas na pessoa doente) Desenvolvidas por enfermeiros em equipa em contextos diversos	
<b>[C]</b>	Comparações		
<b>O</b>	Outcomes	Gestão da dor; Bem estar; Autocuidado; Empoderamento; Promoção da saúde	
<b>D</b>	Desenho do estudo	Estudos de investigação de abordagem quantitativa e qualitativa. Estudos primários	
<b>EXPRESSÃO DE PESQUISA</b>			
<b>Nurs*and Individualized intervention and Pain and Pain Management and Suffering or Chronic disease and Disability evaluation and Health promotion</b>			

A pesquisa foi efetuada tendo em conta a questão de partida, assim como a expressão de pesquisa. As palavras-chave definidas foram validadas enquanto descritores na *Mesh Browser*, sendo que todas se constituem como descritores, à exceção de *Individualized intervention*, que apesar de não apresentar esta característica (descriptor ou *qualifier*), produz resultados face ao objeto em estudo, pelo que se manteve.

A pesquisa foi realizada com recurso à plataforma EBSCOhost, em julho de 2013, com um horizonte temporal de 10 anos: janeiro de 2003 a junho de 2013.

No quadro nº 2 apresentam-se os limitadores de pesquisa, de acordo com as bases de dados utilizadas.

## Quadro nº 2 - Limitadores de pesquisa por bases de dados

BASES DE DADOS	LIMITADORES DE PESQUISA
<ul style="list-style-type: none"><li>• <b>CINAHL with full text;</b></li><li>• <b>MEDLINE with full text;</b></li><li>• <b>Cochrane database of systematic reviews;</b></li><li>• <b>MedicLatina;</b></li><li>• <b>Nursing &amp; Allied Health Collection: Comprehensive;</b></li><li>• <b>NHS Economic Evaluation database;</b></li></ul>	Resumo disponível; Língua inglesa; Artigo de pesquisa; 1º autor é enfermeiro; Qualquer autor é enfermeiro; PBE; Humano; Paciente internado, ou no domicílio; Adultos: mais de 19 anos; Texto completo/PDF; Analisados por especialistas; Referências disponíveis

Do cruzamento final das palavras chave foram identificados 10 artigos. Após leitura do título e dos resumos foram rejeitados 4, dado que o objeto estudado não se enquadrava no âmbito desta revisão e 1 por não ser estudo primário. Assim, o corpus da análise constituiu-se por 5 artigos. Para uma fácil compreensão da metodologia utilizada na análise dos artigos, sistematizamos, sob a forma de quadro (Quadro nº 3), as dimensões consideradas mais relevantes, assim como os níveis de evidência segundo Guyatt & Rennie<sup>19</sup> (2002).

**Quadro nº 3 – Quadro síntese dos estudos seleccionados**

Nº	Título/Autores/ Ano/Origem	Tema/ Objectivos	Metodologia	Participantes	Intervenções	Resultados	Nível
3	Barriers and facilitators to optimize function and prevent disability worsening: a content analysis of a nurse home visit intervention  LIEBEL; POWERS ,; FRIEDMAN; WATSON (2012) <sup>20</sup>  EUA	Apresentar a análise dos resultados de uma intervenção ao nível da visita domiciliária, relativamente a aspetos facilitadores e/ou dificultadores para a melhoria ou manutenção da incapacidade	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Qualitativo; descritivo, analítico</li> <li>• Análise de conteúdo</li> </ul> <hr/> <p style="text-align: center;"><b>Instrumento</b></p> <hr/> <p>Análise dos registos (Computer Assisted Nursing Documentation)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- 19 doentes com incapacidade ou condições crónicas</li> <li>- 11 Enfermeiras</li> <li>- Registos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Visita domiciliária</li> <li>- Modelo de Intervenção PRECEDE-PROCEED planning model (Green &amp; Kreuter 1991, Singer &amp; Ryff 2001)</li> </ul>	<p>Aspetos facilitadores/ dificultadores:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Criação e manutenção de uma relação centrada no doente</li> <li>- Utilização da negociação durante a intervenção</li> <li>- Promoção do equilíbrio entre as necessidades de um doente agudo e crónico</li> </ul>	V
5	Cancer-related pain in palliative care: patients' perceptions of pain Management.  BOSTROM; SANDH; LUNDBERG; FRIDLUND (2004) <sup>21</sup>  SUÉCIA	Descrever a perceção dos doentes com cancro em cuidados paliativos, face à gestão da dor	<p>Exploratória; descritiva, abordagem fenomenográfica</p> <hr/> <p style="text-align: center;"><b>Instrumento</b></p> <hr/> <p>Entrevistas semi-estruturadas</p>	30 doentes com diagnóstico de cancro, internados em cuidados paliativos ou em casa	Avaliação da perceção dos doentes acerca da gestão da dor	Os doentes apresentaram 10 perceções diferentes sobre a gestão da dor, agrupadas em três categorias: Comunicação, planeamento e confiança	IV

7	<p>Postoperative pain experience and barriers to pain management in Chinese adult patients undergoing thoracic surgery</p> <p>YIN ; TSE; WONG (2011)<sup>22</sup></p> <p><b>HONG KONG</b></p>	<p>- Explorar a experiência da dor pós operatória entre chineses com toracotomia;</p> <p>- Identificar fatores dificultadores da gestão da dor, relacionados com o doente</p> <p>- Explorar a relação desses fatores com a experiência da dor</p>	<p>Estudo transversal Quantitativo</p> <hr/> <p><b>Instrumento</b></p> <hr/> <p>Brief Pain Inventory-Chinese version (BPI-C); Barrier Questionnaire-Taiwan Form Surgical version (BQT-S); Questionário demográfico</p>	<p><b>94 doentes com toracotomia</b></p>	<p>Avaliação da experiência da dor e gestão da dor</p>	<p>A dor moderada ou severa tem influência nas atividades de vida diária</p> <p>- Aspetos dificultadores: medo da tolerância; dificuldade de cicatrização das feridas; intervalos de tempo; distrair o médico do tratamento da doença.</p>	IV
8	<p>Recovery from disability after stroke as a target for a behavioural intervention: Results of a randomized controlled trial</p> <p>JOHNSTON; BONETTI; JOICE; POLLARD; MORRISON; FRANCIS; MACWALTER (2007)<sup>23</sup></p> <p><b>REINO UNIDO</b></p>	<p>Avaliar a eficácia uma intervenção baseada num Workbook, projetado para mudar as cognições sobre controle, para melhorar os resultados dos pacientes e seus cuidadores.</p>	<p>Estudo randomizado Caso control</p> <hr/> <p><b>Instrumentos</b></p> <hr/> <p>Barthel Index; OAD (Observer assessed disability) Hospital Anxiety and Depression Scale Satisfaction Recovery Locus of Control Scale Confidence in recovery Orgogozo Index National Institutes of Health Stroke Scale Information and Orientation section of the Clifton Assessment Procedures for the Elderly + Mental Status questionnaire SF 36 Health Survey Questionnaire</p>	<p>203 doentes (100 do grupo controlo) + 103 (intervencionados) e 172 cuidadores.</p>	<p><b>Implementação do Workbook;</b> Avaliação da efetividade da implementação: workbook</p>	<p>- O grupo sob intervenção teve uma recuperação da incapacidade, significativa melhor que os do grupo-controlo.</p> <p>- O workbook, com base numa intervenção comportamental, pode resultar em melhores resultados em saúde, para os pacientes de AVC, em comparação com o controlo (grupo que recebeu apenas os cuidados normais).</p> <p>- A satisfação face ao workbook é mais elevada no que respeita à informação e suporte social do que face às atividades comportamentais;</p> <p>- Mostrou que traz ganhos, demonstrando melhor recuperação da incapacidade em doentes aos 6 meses após a alta.</p>	II

10	The impact of conducting a regional palliative care clinical Study  CURROW; ABERNETH; SHELBY-JAMES; PHILLIPS (2006) <sup>24</sup>  AUSTRÁLIA	- Analisa uma abordagem através de um estudo controlado e randomizado, de intervenções em cuidados paliativos a nível regional. - Analisa o impacto do estudo em pesquisas mais amplas a nível de cuidados paliativos, bem como as mudanças nos serviços e nas políticas de saúde.	Análise do estudo randomizado por Clusters	461 doentes adultos referenciados no SAPS, com dor, pelo menos há 3 meses	Avaliação do impacto do PCT (The Palliative Care Trial) Intervenção 1 – Conferencia de caso Intervenção 2 e 3 Campanhas Educacionais	Salienta a avaliação de resultados. optaram pela avaliação do estado funcional da pessoa, taxas de hospitalização após a intervenção e a dor, dado que afecta as funções do dia a dia. Necessidade de uma pesquisa mais ampla a nível de cuidados paliativos. Implicações para os serviços: o estudo reforça a necessidade de criar novos processos e práticas que respondam aos princípios da centralidade no doente. Estudo tem potencial para ajudar a criar um quadro de políticas nacionais de saúde para pessoas com necessidades complexas.	V
			<b>Instrumentos</b>				
			Brief Pain Inventory; Australia-modified Karnofsky Performance Scale; Memorial Symptom Assessment Scale; McGill Quality of Life Questionnaire; Service delivery information; Health histories, medication profiles, and caregiver information; Family Pain Questionnaire and Pain Treatment.				

## RESULTADOS

Da leitura e análise dos artigos emergiram como temas centrais: a dor, a gestão da dor e a incapacidade, numa perspetiva de intervenção individualizada, mas multidisciplinar.

Face a esta intervenção surgem como dimensões: avaliação (pessoa, dor, incapacidade); fatores facilitadores e dificultadores da gestão de sintomas/doença; e educação para a saúde, como estratégia de intervenção.

### Avaliação

A dimensão Avaliação tem neste contexto uma perspetiva mais sistémica; surge como resposta à necessidade de conhecer profundamente todos os fenómenos/focos em estudo: as pessoas, a família/cuidador, os sintomas (dor, sofrimento), as implicações nas pessoas (incapacidade), a gestão das situações (sintomas, doença), para se poder desenvolver uma intervenção que se considera ser individualizada. A Avaliação tem duas subdimensões: uma com o objetivo de conhecer (*avaliar para conhecer*) e outra de poder comparar (*avaliar para comparar*), ou seja, pode, para além de permitir um melhor conhecimento sobre os temas identificados, permitir comparar resultados, constituindo-se como indicador da intervenção individualizada na produção de ganhos em saúde.

O estudo realizado por Bostrom, Sandh , Lundberg e Fridlund<sup>20</sup> (2004) remete-nos para a subdimensão *avaliar para conhecer*; o tema central é a dor em cuidados paliativos, procurando explorar e descrever a perceção dos doentes, numa abordagem fenomenográfica.

Os autores definiram os resultados em três categorias: comunicação, planeamento e confiança. Relativamente à comunicação, as perceções identificadas foram dores generalizadas; capacidade de falar sobre as dores e o desconforto; libertarem-se da dor. No que se refere ao planeamento, as perceções identificadas foram a inevitabilidade de tomar medicamentos, incertezas face ao tratamento não farmacológico, problemas provocados pelos analgésicos e sofrimento durante os cuidados. Os doentes expressam uma necessidade urgente para o planeamento de seu tratamento da dor, incluindo todas as atividades realizadas em torno deles. Quanto à confiança, as perceções identificadas foram a necessidade de humanidade (humanismo), de ter iniciativa própria, e truques pessoais que diminuem a dor. A relação de confiança com enfermeiros e médicos, incluindo a oportunidade de discutir pensamentos e crenças sobre dor e o seu tratamento, foi percebida como fundamental para controle da mesma. Os autores sugerem que a dor deve ser

reconhecida e tratada, mobilizando as *guidelines* para o efeito. Enfatizam, também, a necessidade de uma avaliação cuidada da dor.

No estudo elaborado por Yin, Tse e Wong<sup>21</sup> (2011), procurou-se explorar a experiência da dor pós-operatória, identificar fatores dificultadores da gestão da dor, relacionados com o doente, e a relação desses fatores com a experiência da dor. Nenhum dos participantes no estudo tinha tido qualquer momento de educação/ensino sobre a gestão da dor. Na avaliação da interferência que a dor teve nas atividades de vida diária, nas primeiras 72 horas os doentes apresentam os scores mais elevados, havendo influência da dor nos posicionamentos, na respiração profunda, tosse e deambulação. Segundo os autores, nem os médicos nem os enfermeiros dão uma atenção adequada a esta dor que os doentes sentem.

Em ambos os estudos referenciados dá-se ênfase à necessidade de melhor avaliar as pessoas, quer numa perspetiva qualitativa (perceções) quer numa perspetiva quantitativa, através da utilização de instrumentos de avaliação, como o *Brief Pain Inventory-Chinese Version* (BPI-C).

Quanto à subdimensão *avaliar para comparar*, o estudo desenvolvido por Johnston, Bonetti, Joice, Pollard, Morrison, Francis e Macwalter<sup>22</sup> (2007) teve como objetivo avaliar a eficácia da implementação de uma intervenção baseada num *workbook*, criado para alterar as cognições de controlo (crenças sobre se os doentes podem influenciar os resultados), em melhorar os resultados dos doentes com AVC e seus cuidadores. O *workbook* fornecia informação sobre o AVC, a recuperação, orientações sobre como lidar com as situações e instruções de autogestão. Continha também técnicas de terapia comportamental através da inclusão de atividades que encorajassem a autogestão, como por exemplo, folhas de diário e cassetes de relaxamento. Foram utilizados diferentes instrumentos de colheita de dados (referenciados no quadro nº 3) que permitiram posteriormente comparar os resultados entre os dois grupos: o grupo de controlo e o intervencionado; por exemplo a Incapacidade/limitações nas atividades foi avaliado através do Barthel Index e do Observer Assessed Disability (OAD), o sofrimento emocional avaliado através da Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS).

Currow, Abernethy, Shelby-James e Phillips<sup>23</sup> (2006), na análise do impacto do estudo (PCT - Palliative Care Trial) efetuado ao nível dos cuidados paliativos, referem a utilização de diferentes instrumentos (quadro nº 3), sendo que uma das implicações deste estudo, que os autores apresentam, refere-se à avaliação de resultados em cuidados paliativos. No PCT selecionaram o estado funcional da pessoa, taxas de hospitalização após a intervenção e a dor, concluindo que o processo de avaliação pode ser utilizado para comparar resultados de

uma intervenção, ao longo do tempo, quer numa pessoa, família/cuidador, quer para realizar comparações de resultados entre grupos.

### **Fatores facilitadores e dificultadores da gestão de sintomas**

Alguns dos artigos seleccionados abordavam na sua temática principal a identificação dos fatores facilitadores ou dificultadores face a uma situação, seja ela a gestão da dor, ou da incapacidade. O estudo realizado por Liebel, Powers, Friedman e Watson<sup>24</sup> (2012) teve como objetivo compreender os resultados da intervenção de enfermagem em termos dos fatores facilitadores e dificultadores da melhoria/manutenção da incapacidade, comparando com o agravamento desta. Os autores tiveram como base teórica o modelo de planeamento PRECEDE-PROCED. Este modelo foi utilizado de forma a identificar os fatores predisponentes, capacitadores e de reforço associados à avaliação da melhoria/manutenção da incapacidade, em diferentes domínios do cuidado. O estudo identificou como fatores facilitadores a construção e manutenção de uma relação centrada no doente, e a negociação da intervenção do enfermeiro. Como fatores dificultadores surgiram o investimento e motivação do doente, os contactos limitados com a enfermeira e as alterações nas capacidades físicas e cognitivas dos doentes.

Bostrom, Sandh, Lundberg e Fridlund<sup>20</sup> (2004) procuraram conhecer a perceção dos doentes. Dos aspetos considerados como facilitadores salientamos: na dimensão comunicação - a valorização da capacidade de falar sobre as dores e o desconforto e a expressão da necessidade de um diálogo aberto e honesto com profissionais de saúde sobre todos os problemas relacionados com a dor; na dimensão Planeamento, os doentes expressam uma necessidade urgente para o planeamento do tratamento da dor; na dimensão Confiança, a oportunidade de discutir pensamentos e crenças sobre dor e o seu tratamento, foi percebida como fundamental para controle da dor.

Yin, Tse e Wong<sup>21</sup> (2011), identificaram fatores dificultadores da gestão da dor, relacionados com o doente, como a não atenção adequada à dor, aquando da remoção do dreno torácico, a tolerância e a expectativa de que pode ocorrer dificuldade na cicatrização da ferida.

No estudo realizado por Johnston; Bonetti; Joice; Pollard; Morrison; Francis; Macwalter<sup>22</sup> (2007), os fatores dificultadores identificados, face à adesão à intervenção ou à gestão da situação de doença, foram o agravamento da situação clínica da pessoa e algum desânimo por parte dos participantes ao longo do percurso.

Currow, Aberneth; Shelby-James e Phillips<sup>23</sup> (2006) analisaram o impacto de um estudo efetuado em larga escala ao nível dos cuidados paliativos, referindo a necessidade de ter dados concretos para a avaliação dos resultados, exemplificando com a avaliação do estado funcional da pessoa, taxas de hospitalização após a intervenção e a avaliação da dor; a utilização de métodos de avaliações sistematizados é um dos fatores facilitadores da gestão de sintomas/incapacidade/doença, revelados por este estudo.

### **Educação para a saúde, como estratégia de intervenção**

Quando iniciámos a apresentação dos resultados referimos que os temas surgiam numa perspetiva de intervenção individualizada, mas multidisciplinar; centramo-nos agora no nível educacional quer dos doentes, quer dos cuidadores.

No estudo de Liebel, Powers, Friedman e Watson<sup>24</sup> (2012), a intervenção das enfermeiras durante a visita domiciliária encontrava-se organizada por aspetos de estrutura: visitas no domicílio, conferências familiares com o doente, cuidador, enfermeiro e médico; intervenção sobre o uso de material; relatórios de momento e a utilização de recursos da comunidade. Os aspetos da intervenção relacionados com o processo eram: gestão da medicação; autogestão das atividades relacionadas com as doenças; alterações nos comportamentos de saúde e estabelecimento de metas e atividades de empoderamento.

Há neste tipo de intervenção um cariz educacional evidente, sendo que a mobilização de competências de comunicação e capacidade para criar uma relação centrada nas pessoas, promove o empoderamento e respeito pela autonomia e poder de decisão dos doentes ajudando a ultrapassar os aspetos dificultadores referidos anteriormente.

No estudo realizado por Bostrom, Sandh, Lundberg e Fridlund<sup>20</sup> (2004) - dor em cuidados paliativos - os autores sugerem que uma das implicações na prática dos cuidados é a necessidade de existirem intervenções educacionais sobre a dor e o tratamento, sendo que estas devem surgir logo a seguir a um diagnóstico, e a dor deve ser reconhecida e tratada devidamente, mobilizando as *guidelines* para o efeito.

No que respeita ao estudo de Yin, Tse e Wong<sup>21</sup> (2011) os autores verificaram que nenhum dos participantes tinha tido qualquer momento de educação/ensino sobre a gestão da dor, sendo que esta pode ser uma área onde os enfermeiros, através de diferentes estratégias, podem educar as pessoas. Consideram que há uma gestão inadequada da dor, que a educação aos doentes sobre a dor, só por si, é insuficiente, devendo existir um investimento

a nível dos fatores de suporte ambiental, tais como políticas institucionais, *guidelines*, e colaboração multidisciplinar entre os diferentes elementos da equipa de saúde.

No estudo realizado por Johnston; Bonetti; Joice; Pollard; Morrison; Francis; Macwalter<sup>22</sup> (2007) que avaliou a implementação de uma intervenção baseada num *workbook*, a educação para a saúde é a estratégia emergente.

## **CONCLUSÃO**

A revisão sistemática da literatura efetuada permitiu um olhar clarificador do fenómeno em estudo, ao identificar dimensões e estratégias relacionadas com o mesmo; emerge um campo vasto de intervenções multidisciplinares, em cujo contexto a enfermagem tem lugar.

Mais do que intervenções individualizadas, a pesquisa efetuada clarificou um campo ontológica e epistemologicamente complexo – relativo à dor - cujo conhecimento, em constante desenvolvimento, cruza sentires, saberes, e fazeres diversos. As múltiplas intervenções possíveis, neste domínio, admitem e tornam necessária a especificidade da enfermagem, enquanto condição de um olhar e intervenção individualizados, simultaneamente holísticos.

Neste âmbito, enfatiza-se ainda uma conceção teórica de base, segundo a qual a intervenção específica de enfermagem possibilita uma compreensão da pessoa a partir do seu potencial para aprender e desenvolver-se nas transições subjacentes aos processos de desenvolvimento individual, ou as que decorrem de alterações do bem-estar, associadas a situações de doença aguda ou crónica.

Enfatizando os principais resultados deste artigo, emergem como dimensões: a avaliação da pessoa com dor, surgindo frequentemente associada a situações de incapacidade, com particular destaque para a importância de avaliar a perceção das pessoas, que se constitui simultaneamente como um indicador de resultados, face ao fenómeno em estudo. Outra dimensão relevante situa-se ao nível de fatores facilitadores e dificultadores da gestão da dor, que se constituem focos centrais neste projeto; como fatores facilitadores emergem alguns processos comunicacionais e o autoconhecimento da pessoa neste âmbito. Tais premissas surgem associadas a intervenções de enfermagem cujas estratégias passam pela educação para a saúde, constituindo-se esta uma outra dimensão relevante nestes resultados.

A educação para a saúde, como estratégia de intervenção, revela-se sobretudo na valorização do papel do cuidador e da família como parceiros dos cuidados, com planos de intervenção individualizados, reconhecendo simultaneamente a necessidade de uma equipa pluridisciplinar.

Ao introduzir-nos no fenómeno em estudo, apontando direções da pesquisa subsequente – no que se refere às dimensões da intervenção e estratégias identificadas – o estudo que apresentamos revela-se importante pelo potencial que encerra enquanto roteiro de futura investigação sobre o tema. A ambiguidade do conceito de sofrimento e o carácter indistinto com que surge na investigação encontrada, entre outros aspetos, ilustram a necessidade desse olhar. Neste sentido, ao dar-nos conta da incompletude do conhecimento do fenómeno mas apontando eixos de pesquisa ulterior, afirmamos que a Revisão Sistemática da Literatura respondeu genericamente aos objetivos inicialmente formulados.

## **BIBLIOGRAFIA**

<sup>1</sup>Petronilho, F. (2012). *Autocuidado: Um Conceito Central para a Enfermagem*. Coimbra: Formasau.

<sup>2</sup>Pires, M. (2008). *Reflexões sobre a dor*. Comunicação e cultura nº 5.

<sup>3</sup>Organização Mundial da Saúde<sup>3</sup> (2010). *Global status report on noncommunicable disease*. Geneve: Organização Mundial de Saúde

<sup>4</sup>Meleis, A. (2010). *Transitions theory – middle range and situation specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company

<sup>5</sup>Bastos, F. & Silva, A. (2011). "Padrões de vulnerabilidade na pessoa com doença crónica", Trabalho apresentado em XI Conferência Ibero Americana de Educação em Enfermagem, In *Referência*. Coimbra

<sup>6</sup>Orem, D. (2001). *Nursing: concepts of practice (6ª ed)*. St. Louis: Mosby

<sup>7</sup> Nyatanga, B. (2005). The concept of suffering: a hidden phenomenon, in Nyatanga, Brian; Astley-Pepper, Maxine (edit.) *Hidden Aspects of Palliative Care*. London: Cromwell Press.

<sup>8</sup>Bronfenbrenner, U. & Morris, P. (1999). The Ecology of developmental Process. In: W. Damon & R.M. Lerner.(Eds), *Handbook of Child Psychology, 1, Theoretical Models of Human Development*, pp. 993-1028. New York: Wiley.

<sup>9</sup>Ministério da Saúde (2003). Circular Normativa nº 09/ DGCG. A dor como 5º sinal vital. Registo sistemático da intensidade da dor. Lisboa: Direção Geral da Saúde

<sup>10</sup> Ordem dos Enfermeiros (2008). *Guia orientador de boa prática*. Lisboa: OE

<sup>11</sup> Direcção-Geral da Saúde (2008). *Plano Nacional de Luta Contra a Dor*. Lisboa: DGS

<sup>12</sup> Cassell, Eric (2004). *The Nature of Suffering and the Goals of Medicine*, 2ª ed; New York: Oxford University Press.

- <sup>13</sup> Fleming, Manuela, (2003). *Dor sem nome - Pensar o sofrimento*; 2ª ed; Porto: Ed. Afrontamentos.
- <sup>14</sup>Meleis, A. (2010) - Transitions theory – middle range and situation specific theories in nursing research and practice. New York: Springer Publishing Company
- <sup>15</sup>Doran, D. (2011). *Nursings outcomes. The state of the science*. Inc. Mississauga: Jones and Bartlett Publishers
- <sup>16</sup>Ordem dos Enfermeiros Portugueses (2001). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, Enquadramento conceptual, Enunciados descritivos*. Lisboa.
- <sup>17</sup>Taylor, S. & Renpenning, G. (2011). *Self-Care Science, Nursing Theory, and Evidence-Based Practice*. New York: Springer Publishing Company.
- <sup>18</sup>Melnyk, B.M. & Fineout-Overholt, E. (2011). *Evidence-based practice in nursing and healthcare: A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincott, Williams & Wilkins
- <sup>19</sup>Guyatt, G. H., & Rennie, D. (2002). Guyatt, G. H., & Rennie, D. (2002). *Users' guides to the medical literature: A manual for evidence-based practice*. Chicago: American Medical Association.
- <sup>20</sup> Liebel, D.; Powers, V.; Friedman, B. & Watson, N.(2012). Barriers and facilitators to optimize function and prevent disability worsening: a content analysis of a nurse home visit intervention. *JAN*, 68(1), 80–93.
- <sup>21</sup>Bostrom, B.; Sandh, M.; Lundberg D. & Fridlund, B. (2004). Cancer-related pain in palliative care: patients' perceptions of pain management. *JAN*, 45(4), 410–419
- <sup>22</sup>Yin, H.; Tse, M. & Wong, F. (2011). Postoperative pain experience and barriers to pain management in Chinese adult patients undergoing thoracic surgery. *JAC*, 21, 1232–1243
- <sup>23</sup>Johnston, M.; Bonetti, D.; Joice, S.; Pollard, B.; Morrison, V.; Francis, J.; Macwalter, R. (2007). Recovery from disability after stroke as a target for a behavioural intervention: Results of a randomized controlled trial. *Disability and Rehabilitation*, July; 29(14): 1117 – 1127
- <sup>24</sup> Currow, D; Abernethy,A.; Shelby-James, T. & Phillips, P. (2006). The impact of conducting a regional palliative care clinical .Study. *Palliative Medicine*; 20: 735\_743

## **ESCOLA PROMOTORA DE SAÚDE (EPS). ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEL: ALIMENTAÇÃO, SEXUALIDADE E SAÚDE MENTAL**

Maria do Carmo Figueiredo<sup>1</sup>; Hélia Dias<sup>1</sup>; Clara André<sup>1</sup>; Olímpia Cruz<sup>1</sup>; Celeste Godinho<sup>1</sup>;  
Anabela Cândido<sup>1</sup>; Conceição Santiago<sup>1</sup>; Teresa Carreira<sup>1</sup>& José Amendoeira<sup>2</sup>

<sup>1</sup>Instituto Politécnico de Santarém/Escola Superior de Saúde de Santarém/UMIS/UIIPS

<sup>2</sup>Instituto Politécnico de Santarém/Escola Superior de Saúde de Santarém/UMIS/UIIPS/ Investigador Integrado no CIIS/UCP

### **RESUMO**

A Escola Superior de Saúde de Santarém, como escola promotora da saúde, desenvolve um projeto de intervenção ao nível das escolas básicas e secundárias da região de Santarém sustentado em protocolos de parceria criando uma efetiva dinâmica relacional entre escola-meio no plano comunitário. As áreas de intervenção são: a alimentação saudável, a sexualidade e a promoção da saúde mental operacionalizadas num modelo participativo nas diferentes fases. O grupo alvo são alunos, pais, professores e assistentes operacionais. Reportam-se neste artigo as atividades desenvolvidas entre 2008-2009 e 2011-2012 nas três áreas, as quais abrangeram um total de 5233 participantes. Descrevem-se, ainda, os principais temas abordados, os objetivos, conteúdos, estratégias e avaliação em cada área específica. Releva-se o impacto do projeto a três níveis: o desenvolvimento de competências dos participantes, através da sua capacitação e aumento da literacia; o desenvolvimento de competências dos estudantes da escola superior de saúde como promotores da saúde e a definição de linhas de investigação nas diferentes áreas.

**Palavras-chave:** escola promotora de saúde; alimentação; sexualidade; saúde mental; meio escolar; adolescência

## **ABSTRACT**

The Health School of Santarém is a health promoting school that develops an intervention project at the level of primary and secondary schools in the region of Santarém, sustained by partnership protocols creating an effective relational dynamic among school-environment at a Community level. The intervention areas are: healthy eating, sexuality, and mental health promotion operationalized in a participatory model in different stages. The target group is students, parents, teachers and operational assistants. We report in this paper the activities between 2008-2009 and 2011-2012 in the three areas, which covered a total of 5233 participants. We also describe the main themes approached, objectives, contents, strategies and evaluation in each specific area. It should stand out the impact of the project on three levels: the development of skills of the participants through their training and increased literacy, the development skills of the students of the Health School as health promoters and the definition of the lines of investigation in different areas.

**Keywords:** health promoting school; food; sexuality; mental health; school environment; adolescence

## **INTRODUÇÃO**

Segundo a Carta de Ottawa, o conceito de promoção da saúde (PrS) foi definido como “o processo de capacitar as pessoas para aumentar o controle sobre, e para melhorar, a sua saúde. Para atingir um estado de completo desenvolvimento físico, mental e bem-estar social, um indivíduo ou grupo deve ser capaz de identificar e realizar suas aspirações, satisfazer necessidades e mudar ou enfrentar o ambiente” (WHO, 1986).

Assim sendo, a saúde é vista como um recurso para a vida, e não o objetivo de vida. A saúde é um conceito positivo enfatizando recursos sociais e pessoais, bem como as capacidades físicas e neste sentido a PrS “não é apenas da responsabilidade do setor da saúde, mas vai além de estilos de vida saudáveis para o bem-estar global” (WHO, 1986).

Tendo por base a orientação salutogênica teorizada por Antonovsky (1996), existem fatores individuais e coletivos que favorecem a saúde e o bem-estar, pelo que se devem potenciar estes fatores. O conceito de PrS é um processo que tem como objetivo o desenvolvimento pessoal, aumentando os seus fatores protetores (recursos gerais de resistência), através de um forte “sentido de coerência, que lhes dá a possibilidade de interpretar a realidade, de encontrar recursos e de se envolverem na resolução dos problemas, o que leva à

responsabilização pela sua saúde, pela saúde das suas famílias e de toda a comunidade de que fazem parte” (Carrondo,2006).

As pessoas com um forte “sentido de coerência” refletem uma maior capacidade de fazer escolhas, relacionadas com os fatores que favorecem a saúde (dieta equilibrada, exercício físico, sexualidade segura e responsável, bem estar psicológico, emocional e social), e evitar os que possam influenciar negativamente a sua saúde (Bengel, Strittmatter, Willmann, 1999). O sentido de coerência desenvolve-se sobretudo nas primeiras décadas de vida, quando as crianças aprendem a lidar umas com as outras (Nilsson, Lindström, 1998), pelo que a PrS tem neste grupo, um forte impacto nas aprendizagens para a vida.

A PrS como processo participativo e ligada ao desenvolvimento das comunidades exige uma ação coordenada de todos os envolvidos: Estado, sociedade, ONGs e setor privado, media e pessoas de todas as esferas sociais.

A escola é o contexto de desenvolvimento das crianças e adolescentes, por excelência, favorecendo o desenvolvimento de competências psicossociais, tais como as habilidades para enfrentar, as exigências da vida diária e a habilidade para manter um estado de bem-estar.

Em 2005 surge a Carta de Edmonton que reconhece os princípios, valores e propostas de PrS às universidades e instituições de ensino superior (IES) como promotoras de saúde. As IES existem para educar os estudantes, criar conhecimento através da investigação e contribuir para o desenvolvimento da comunidade e da sociedade, exercendo impacto sobre a saúde e bem-estar das pessoas. Têm a capacidade para influenciar os decisores, atuando como catalisadores para a mudança motivando o diálogo, local, regional e globalmente, sobre PrS. Como instituições de investigação contribuem para a criação do conhecimento em relação à saúde pública e PrS num mundo globalizado. Neste sentido, as IES têm o dever de preparar os estudantes como cidadãos para a PrS nas suas organizações e comunidades.

Em 2007, a Lei n.º 62/2007 de 10 de setembro - Regime jurídico das instituições de ensino superior vem reforçar, de alguma forma, o consignado nesta Carta.

Sendo assim, as IES envolvidas com projetos de PrS valorizam a sua imagem perante a comunidade política e social, a nível local e regional, bem como projetos institucionais e pedagógicos. Em termos académicos, um projeto neste âmbito tem o potencial de reforçar as discussões sobre saúde, entre professores e entre estes e os estudantes. O principal desafio de uma IES é integrar a PrS nas políticas e práticas, o que pode ser obtido através do

desenvolvimento de políticas saudáveis e planeamento sustentável; criação de ambientes saudáveis; oferta de ambientes de suporte social; desenvolvimento pessoal e social e desenvolvimento de parcerias com a comunidade.

Foi neste sentido que a ESSS se tornou numa Instituição de Ensino Superior Promotora de Saúde (IESPS), com protocolos de parceria com os agrupamentos escolares da região e com as Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC), criando uma efetiva dinâmica relacional entre escolas, pais, famílias e organizações locais no plano comunitário; no sentido da difusão do conhecimento, através dos seus professores e estudantes, tendo em vista o desenvolvimento pessoal e social das crianças e jovens e na criação de habilidades nas escolhas saudáveis, no seio da família, na escola e na comunidade, ou seja, para o exercício da cidadania e de ganhos em saúde. Por outro lado, preconiza o desenvolvimento de competências dos seus estudantes como cidadãos, como modelos e como promotores de saúde, nas instituições e na comunidade (família, grupos e ambiente). Trata-se, assim, de um processo transversal de desenvolvimento centrado na PrS; de integração de conteúdos no currículo neste âmbito bem como desenvolvimento de habilidades para a vida; na projeção de investigação para criação de conhecimentos e participação dos estudantes.

As linhas estratégicas de uma IES são, a alimentação saudável, a prática de exercício físico, a saúde sexual e reprodutiva, saúde ambiental e saúde mental, sendo que até ao momento a ESSS desenvolve os seus projetos na alimentação saudável, saúde sexual e reprodutiva, embora contribua para um ambiente saudável e seguro no que toca aos espaços dos refeitórios e dentro da saúde mental tem o projeto dos consumos nocivos, distúrbios do comportamento alimentar e relação interpessoal, mobilizando um modelo participativo no diagnóstico de situação, na definição de estratégias, na tomada de decisões, nas atividades de intervenção e na avaliação.

São objetivos do projeto da ESSS como IESPS:

- ◇ Realizar diagnóstico de situação, equacionando problemas e necessidades;
- ◇ Intervir pela informação/educação para a saúde, dando resposta ao diagnóstico de situação, através de metodologias ativas e participativas;
- ◇ Promover o desenvolvimento pessoal e social das pessoas pela formação de conhecimentos/atitude face a estilos de vida saudáveis;
- ◇ Intervir junto de outros elementos da comunidade face à não discrepância de currículo formal e currículo oculto.

## **BACKGROUND E OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

### **ÁREA DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL**

A evidência científica tem demonstrado a importância dos hábitos alimentares saudáveis, como contributo inequívoco para a saúde e bem-estar individuais.

A obesidade infantil apresenta-se como um problema de saúde pública, tanto no espaço Europeu, como Mundial, constituindo-se como a epidemia do século XXI. Um dos fatores determinantes desta situação epidemiológica e nutricional é a mudança do padrão alimentar da população. Na Europa, os países da bacia do Mediterrâneo são os mais atingidos com 20 a 35% das crianças em situação de sobrepeso. Num estudo realizado em Portugal, através do Sistema de Vigilância "COSI – Portugal", a crianças do 1º ciclo do Ensino Básico (2007/2008), "a prevalência de pré-obesidade ( $P85 \leq IMC < P95$ ) das crianças portuguesas dos 6 aos 9 anos do 1º ciclo do Ensino Básico foi de 17,6% e de obesidade ( $IMC \geq P95$ ) foi de 14,5% (somando uma prevalência de 32,1% de excesso de peso. O excesso de peso foi maior nos rapazes (34,0%) do que nas raparigas (30,3%), (Rito, Breda, 2010). Sabendo-se que uma criança/ adolescente obesa será posteriormente também um adulto obeso e se estes números não mudarem, a geração das crianças e jovens de hoje terá uma esperança de vida menor que a dos seus progenitores.

Pelo já referido, hábitos e estilos de vida de crianças e adolescentes são mais fáceis de mudar do que os hábitos e estilos de vida dos adultos e por conseguinte é nesta etapa que se devem implementar intervenções significativas de PrS e estilos de vida saudáveis.

São objetivos de intervenção nesta área:

- Promover práticas alimentares saudáveis do pré-escolar ao ensino básico;
- Sensibilizar pais e professores para a importância da adoção de estilos de vida saudáveis.

### **ÁREA DA SEXUALIDADE**

A educação sexual (ES) é definida como uma abordagem, apropriada à idade, culturalmente relevante para o ensino sobre o sexo e os relacionamentos, proporcionando informações cientificamente precisas, realistas e tolerantes que proporciona oportunidades para explorar os seus próprios valores e atitudes e construir processos de decisão, habilidades de comunicação e redução dos riscos sobre os diversos aspetos da sexualidade (UNESCO, 2009) que devem perdurar durante toda a vida (GTES, 2007). Ainda que perdurem, alguns mitos

sobre a ES e as suas vantagens e desvantagens, é hoje claramente aceite que a ES em contexto formal não funciona a um incentivo a práticas sexuais precoces e que diversos agentes sociológicos são intervenientes no processo de socialização sexual. A recente legislação portuguesa (Lei nº 60/2009, de 6 de agosto e Portaria 196-A/2010, de 9 de abril) veio configurar uma nova realidade sobre a ES em meio escolar de que destaca, a sua obrigatoriedade, a definição de conteúdos mínimos a serem trabalhados e o estabelecimento de parcerias com entidades devidamente credenciadas.

Numerosos estudos colocam os jovens como uma população alvo no âmbito da intervenção em comportamentos sexuais, isto porque a idade de início da atividade sexual é tendencialmente precoce, existe um uso inconsistente na utilização de contraceção e prevenção de ITS e uma associação entre a atividade sexual e o consumo de álcool e/ou drogas, entre outros fatores, o que sustenta a necessidade de se promover uma ES que integre o desenvolvimento de um projeto de vida autónomo, consistente e responsável. Para além dos estudantes, é fundamental envolver os pais e os professores.

A intervenção tem seguido esta lógica de envolvimento, na procura de complementaridade de formação dos diferentes grupos alvo que os objetivos expressam:

- Promover um desenvolvimento psicosssexual de crianças e jovens ao nível dos conhecimentos, atitudes e comportamentos;
- Desenvolver a compreensão sobre a problemática da educação sexual para um melhor exercício das funções parentais;
- Desenvolver conhecimentos, perspetivas e estratégias de implementação da educação sexual em meio escolar.

### **ÁREA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL**

Intervir ao nível da escola na promoção da saúde mental da criança e adolescente é um desafio e um imperativo. As temáticas que se desenvolvem centram-se em aspetos da saúde atual da criança e adolescente, mas também da sua saúde futura. A saber: Os **Distúrbios do Comportamento Alimentar**, uma vez que a pressão cultural para atingir um peso corporal baixo pode levar os adolescentes, em particular as raparigas a distúrbios alimentares como a anorexia e bulimia, com risco elevados (Veloso, Matos e Veloso, 2009). A **Relação Interpessoal**, atendendo a que cada um é o resultado das interações que estabelece ao longo da vida. Como diz Sampaio (2009, p.28) “importa compreender que se vive mal sem

pertença e que, num mundo ameaçador e imprevisível como o de hoje, a história da nossa família e a relação com os nossos próximos constitui a referência fundamental”, sendo que “os valores e as crenças determinam a nossa maneira de viver e de encarar o mundo, definem o modo como nos relacionamos (Sampaio, 2011, p.90). Os **Consumos Nocivos** cujo efeito negativo é largamente conhecido e tendo em consideração que a experimentação de substâncias pelos adolescentes é preditora do consumo na idade adulta, é importante uma ação preventiva precoce (Ferreira e Matos, 2009), nomeadamente a prevenção da iniciação do consumo de tabaco entre os adolescentes e jovens é crucial para se poder vir a controlar a “epidemia tabágica” nas próximas gerações (PNPCT 2012-2016, 2013). A **Discriminação vs Não Discriminação VIH/SIDA** que está ligada ao estigma e à violação de direitos humanos. Para a ONUSIDA (2005) há necessidade de uma ação simultânea, em múltiplas frentes, que favoreça um meio ambiente no qual o estigma, a discriminação e a violações dos direitos humanos não sejam tolerados ou exercidos, para atingir os objetivos de saúde pública e vencer a epidemia.

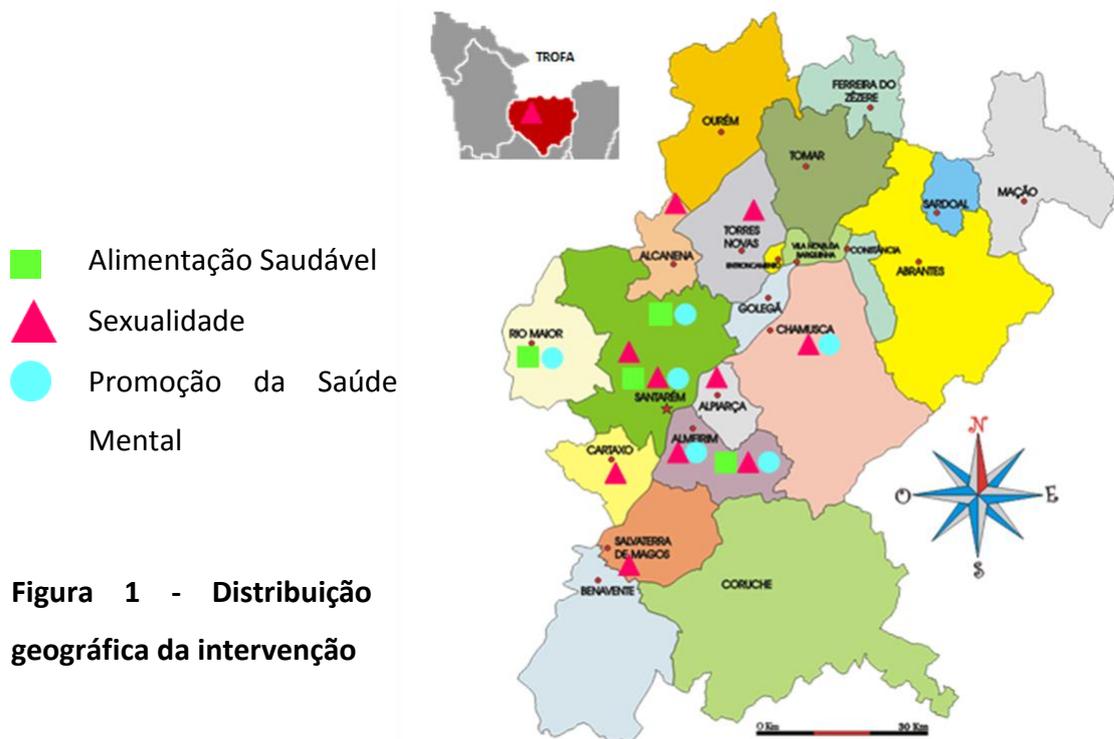
Esta intervenção tem como objetivo primordial capacitar alunos/comunidade escolar para a adoção de estilos de vida saudáveis promotores de saúde mental.

### **OPERACIONALIZAÇÃO DO PROJETO**

Este projeto desenvolve-se no âmbito do Gabinete de Relações Externas Interorganizacional através de dos protocolos institucionais estabelecidos entre a ESSS e os agrupamentos escolares da região, que permitem um trabalho real suportado em parcerias.

Estas parcerias são apoiadas nos princípios de uma IESPS e nas suas cinco dimensões: a curricular, a psicossocial, a comunitária, a ecológica e a organizacional.

O projeto está em desenvolvimento desde 2006 em várias escolas do 1º, 2º e 3º Ciclos e ensino secundário e em 2010 foi alargado ao pré-escolar com atividades no âmbito da promoção da saúde e prevenção de comportamentos de risco. Tem como grupo alvo: alunos e comunidade escolar – pais, professores e assistentes operacionais. Neste artigo descrevem-se as intervenções realizadas entre os anos letivos 2008/2009 e 2011/2012. A figura 1 mostra a distribuição geográfica da intervenção das diferentes áreas.



**Figura 1 - Distribuição geográfica da intervenção**

## RESULTADOS

### ÁREA DA ALIMENTAÇÃO SAUDÁVEL

Conforme se pode verificar no quadro 1, do ano letivo de 2008/2009 ao ano 2011/2012, a população alvo foi constituída por 792 estudantes do 2º e 3º Ciclo com participação em 22 atividades. A prevenção da obesidade teve como participantes 595 estudantes do 2º ciclo, entre 2008 e 2010, a alimentação saudável contou com 150 estudantes do 2º ciclo e 43 do 3º ciclo. O Programa Peso foi desenvolvido com 30 estudantes do 2º ciclo em 2008/2009 e com 34 estudantes do 3º ciclo em 2010/2011.

De realçar que no ano letivo de 2008/2009 houve a participação de 40 pais. Embora não haja registo do número de participantes da comunidade escolar, pode-se constatar no quadro 2, que foi trabalhado o tema “ Importância da alimentação saudável para o desenvolvimento físico e intelectual de crianças jovens”.

**Quadro 1 – Caracterização do grupo alvo por subtema e ano letivo na área da alimentação saudável**

Subtema	Grupo Alvo		ANO LETIVO								TOTAL	
			2008/2009		2009/2010		2010/2011		2011/2012			
			Nº	Ses	Nº	Ses	Nº	Ses	Nº	Ses	Nº	Sessões
Prevenção da obesidade	Alunos	2ºCiclo	520	7	75	2	-	-	-	-	595	9
	Toda a Comunidade Escolar		40	1	-	-	-	-	-	-	40	1
Alimentação Saudável	Alunos	2ºCiclo	-	-	-	-	23	1	127	3	150	4
		3º Ciclo	-	-	43	1	-	-	-	-	43	1
Programa Peso	Alunos	2ºCiclo	18	2	-	-	12	1	-	-	30	3
		3º Ciclo	26	3	-	-	8	1	-	-	34	4
<b>TOTAL</b>			<b>604</b>	<b>13</b>	<b>118</b>	<b>3</b>	<b>43</b>	<b>3</b>	<b>127</b>	<b>3</b>	<b>892</b>	<b>22</b>

**Quadro 2 – Síntese da intervenção na área da alimentação saudável por temas, objetivos, conteúdos, estratégias e avaliação por grupo alvo**

Grupo alvo	Temas	Objetivos	Conteúdos	Estratégias	Avaliação
2º ciclo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hábitos alimentares saudáveis</li> <li>- Classificação dos alimentos</li> <li>- Regras de uma alimentação saudável</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibilizar para a importância de uma alimentação saudável</li> <li>- Identificar alimentos protetores, saudáveis e não saudáveis</li> <li>- Clarificar perspetivas de significado incorretas</li> <li>- Refletir nas regras básicas de uma alimentação saudável</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Regras e mandamentos de uma alimentação saudável</li> <li>- Vantagens de uma alimentação saudável</li> <li>- Noções de alimentos protetores, saudáveis e não saudáveis</li> <li>- Regras de uma alimentação equilibrada, variada e completa</li> <li>- Contributo de uma alimentação saudável para o desenvolvimento físico e intelectual</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Interação, maioritariamente, em grupo e/ou turma com recurso:</li> <li>- Jogo pedagógico (com o objetivo de diminuir o IMC das equipas de alunos formadas)</li> <li>- Avaliação antropométrica</li> <li>- Estudo dos hábitos alimentares</li> <li>- Método interativo</li> <li>- PowerPoint</li> <li>- Apresentação de filmes</li> <li>- Foto linguagem</li> <li>- Debate</li> </ul>	<p>Excelente, sendo que numa das escolas, se salienta o envolvimento de toda a comunidade escolar nas estratégias definidas, conduzindo a alterações da oferta alimentar do bar da escola (redução de doces e aumento da oferta em fruta) e no refeitório motivação ao consumo de saladas e outros vegetais.</p>
3º ciclo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Hábitos alimentares saudáveis</li> <li>- Comportamentos alimentares saudáveis e não saudáveis</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibilizar para a importância de uma alimentação saudável</li> <li>- Identificar comportamentos saudáveis e não saudáveis</li> <li>- Reconhecer as consequências de uma alimentação incorreta</li> <li>- Enquadrar a relevância da alimentação enquanto determinante da saúde</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alimentação saudável</li> <li>- Comportamentos alimentares saudáveis e não saudáveis</li> <li>- Noção de comportamento alimentar saudável, não saudável e de risco</li> <li>- Consequências para a saúde de uma alimentação incorreta</li> <li>- Orientações da OMS e FAO no âmbito de uma alimentação saudável</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Interação, maioritariamente, em grupo e/ou turma com recurso:</li> <li>- Método interativo</li> <li>- PowerPoint</li> <li>- Apresentação de filmes</li> <li>- Debate</li> <li>- Palestra</li> </ul>	<p>Muito bom, fundamentado pela participação e interesse dos alunos nas sessões, denotando-se no final das mesmas maior autoconsciência das suas práticas alimentares. Elevada participação nos debates após as sessões.</p>
Comunidade escolar	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Importância da alimentação saudável para o desenvolvimento físico e intelectual de crianças jovens</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sensibilizar para a importância de uma alimentação saudável</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Alimentação saudável</li> <li>- Consequências para a saúde de uma alimentação incorreta</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- PowerPoint</li> <li>- Método interativo com recurso à exposição oral e debate sobre a importância de uma alimentação saudável na criança e jovem</li> </ul>	<p>Excelente, fundamentado pela discussão em torno da problemática em causa.</p>

## **ÁREA DA SEXUALIDADE**

Conforme o quadro 3 estiveram envolvidos, entre os anos letivos 2008/2009 e 2011/2012, 2463 participantes, respetivamente, 1944 estudantes, 170 pais e 299 professores e um grupo misto de 50 pais e professores que se distribuíram por 85 sessões.

Quanto aos estudantes, observa-se que é no 3º ciclo que ocorreram o maior número de sessões e estiveram envolvidos o maior número de estudantes, o que mostra a relevância que a transição da puberdade para a adolescência assume. Trata-se da passagem de um período marcado por intensas transformações físicas para um, onde se assiste a uma consolidação destas transformações aliada a todo um desenvolvimento individual, social e relacional que vão configurar novas possibilidades a todos os níveis e colocam o adolescente perante inúmeros desafios e decisões. Ainda que, o ensino secundário surja de seguida em número de estudantes, este realce não é tão significativo, dado que resulta duma intervenção ocorrida em 2009/2010 em todo o ensino secundário de uma determinada escola, o que já não se observou nos anos seguintes, com apenas 3 sessões. Por outro lado, há uma consistência na solicitação de intervenção ao nível do 2º ciclo, o que evidencia a necessidade de intervenção na fase final da infância com o início da puberdade, onde a preparação de toda a vivência deste processo é fundamental.

Relativamente aos pais, a intervenção tem-se mostrado mais inconsistente, isto porque nas escolas que a solicitaram, deveu-se ao novo quadro legislativo e à necessidade de trabalhar com os pais, quer por um lado, toda a sensibilização para a nova realidade, quer também, procurar promover as suas competências parentais dentro numa nova forma de cooperação entre a escola e a família.

Nos professores, o caminhar do projeto tem sido assumido uma evolução particular, dado que das conferências iniciais com grupos de professores, coincidentes com a nova fase legislativa já abordada, passou-se para uma intervenção através de formação acreditada pelo CCFC. Esta mudança, expressa a importância que a formação vem assumindo no desenvolvimento dos projetos de educação para a saúde e ES de cada agrupamento ou escola, sobretudo no modo como é entendida e procurada.

**Quadro 3 – Caracterização do grupo alvo por subtema e ano letivo na área da sexualidade**

GRUPO ALVO		ANO LETIVO									TOTAL	
		2008/2009 e 2009/2010			2010/2011			2011/2012				
		Nº	Idade	Ses	Nº	Idade	Ses	Nº	Idade	Ses	Nº	Ses
Alunos	2º ciclo	215	9-14	11	138	9-14	7	175	9-14	8	528	26
	3º ciclo	279	11-17	11	282	13-16	11	221	12-18	9	782	31
	Secundário	470	15-21	10	54	15-21	1	110	15-20	2	634	13
Pais	3º ciclo	90	-	2	35	-	1	-	-	-	125	3
	Secundário	45	-	1	-	-	-	-	-	-	45	1
Profes- sores	Conferências	207	-	5	20	-	1	-	-	-	227	6
	Formação acreditada	-	-	-	14	-	1	58	-	3	72	4
Outros	Evento Pais /Prof.	-	-	-	-	-	-	50	-	1	50	1
<b>TOTAL</b>		1306	-	40	543	-	22	614	-	23	2463	85

O quadro 4 mostra por grupo alvo, uma síntese dos temas, objetivos, conteúdos, estratégias e avaliação das diferentes sessões realizadas. De uma forma global, percebe-se o modo como os diferentes temas se encontram, no grupo dos estudantes, numa lógica de complementaridade entre o crescimento e desenvolvimento das crianças e jovens e o que são as suas necessidades de intervenção ao nível da educação sexual. A intervenção tem sido, maioritariamente, no grupo turma, o que vem de encontro às recomendações, contudo, as limitações de tempo, nem sempre favorecem estratégias mais ativas e participativas, o que se tem procurado colmatar com espaços de discussão e partilha de dúvidas e ideias que se têm mostrado muito positivos. Globalmente, a avaliação é francamente positiva.

**Quadro 4 – Síntese da intervenção na área da sexualidade por temas, objetivos, conteúdos, estratégias e avaliação por grupo alvo**

Grupo alvo	Temas	Objetivos	Conteúdos	Estratégias	Avaliação
2º ciclo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Puberdade — aspetos biológicos e emocionais;</li> <li>- O corpo em transformação;</li> <li>- Sexualidade e género</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Caracterizar as mudanças corporais, emocionais e intelectuais, na pré-puberdade e puberdade, promovendo uma vivência saudável da sexualidade.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O conceito de puberdade;</li> <li>- O desenvolvimento biológico, intelectual e emocional durante a pré-puberdade e a puberdade;</li> <li>- Identidade sexual: ser rapaz ou rapariga</li> </ul>	<p>Interação, em turma:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Método interativo</li> <li>- Power-point</li> <li>- Filmes</li> <li>- Debate</li> </ul>	Muito bom. Participação e interesse dos alunos.
3º ciclo	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sexualidade e afetos</li> <li>- Saúde sexual e reprodutiva: <ul style="list-style-type: none"> <li>- Sexualidade e IST</li> <li>- Gravidez precoce</li> <li>- Contraceção</li> </ul> </li> <li>- Expressões da sexualidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reconhecer a sexualidade como uma das dimensões da pessoa;</li> <li>- Enquadrar as formas de prevenção das IST e utilização de métodos contraceptivos na vivência duma sexualidade segura e responsável;</li> <li>- Discutir os riscos associados ao início duma vida sexual precoce;</li> <li>- Desenvolver a compreensão e aceitação dos diferentes comportamentos e orientações sexuais.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A puberdade e a adolescência;</li> <li>- Infecções sexualmente transmissíveis;</li> <li>- Dados epidemiológicos da maternidade e da paternidade na adolescência;</li> <li>- Métodos contraceptivos</li> <li>- Prevenção das IST e gravidez precoce</li> <li>- Conceitos de identidade, orientação sexual e discriminação;</li> <li>- Identidade sexual e de género</li> </ul>	<p>Interação, em turma:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- Método interativo</li> <li>- Power-point</li> <li>- Filmes</li> <li>- Debate</li> </ul>	Muito bom. Participação e interesse dos alunos, questionamento pertinente.
Secundário	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sexualidade e desenvolvimento psicosssexual;</li> <li>- Saúde sexual e reprodutiva.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Refletir sobre o desenvolvimento afetivo-sexual na adolescência</li> <li>- Discutir os riscos associados à sexualidade na adolescência e a importância do sexo seguro</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolvimento afetivo-sexual</li> <li>- Dados epidemiológicos sobre o VIH/SIDA e a gravidez na adolescência</li> <li>- A tomada de decisão em comportamentos sexuais e na contraceção</li> </ul>	Conferência	Excelente, grande participação do grupo.
Pais	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Comunicação pais-filhos sobre sexualidade</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Promover a discussão sobre a problemática da educação sexual no contexto da comunicação pais-filhos</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Conceitos de sexualidade e educação sexual</li> <li>- Comunicação pais-filhos ao nível da educação sexual: mitos, aspetos dificultadores/facilitadores e estratégias de abordagem</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Método interativo com recurso à exposição oral e debate</li> </ul>	Excelente. Ressalta a importância da escola desenvolver ações desta natureza.
Professores	<p>A educação sexual no 3º ciclo e ensino secundário: reflexão com os professores</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Desenvolver conhecimentos e competências educativas facilitadoras de desenvolvimento da ES ao nível do 3º ciclo e ensino secundário</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- A sexualidade e a educação sexual em contexto escolar;</li> <li>- Perspetivas e estratégias de aprendizagem da ES em contexto escolar</li> </ul>	Conferências	Excelente.
	<p>Formação acreditada: <b>A educação sexual em meio escolar: metodologias de abordagem/intervenção</b> (Registo de acreditação CCPFC/ACC-63882/10)</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Reforçar as competências técnico-pedagógicas dos docentes na área da educação para a saúde e educação sexual;</li> <li>- Promover a implementação de projetos de “educação sexual” no Agrupamento/Comunidade;</li> <li>- Promover a conceção de materiais pedagógicos adequados ao contexto, adaptando-os ao público-alvo e às necessidades sentidas.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Enquadramento da educação para a saúde e educação sexual</li> <li>- Aspetos históricos, culturais e éticos da sexualidade</li> <li>- A legislação</li> <li>- As manifestações da sexualidade infantil e adolescente</li> <li>- As metodologias de trabalho a desenvolver em meio escolar</li> <li>- O papel funcional dos Gabinetes de Apoio e Informação ao/à Aluno/a</li> <li>- O papel da sexualidade na construção de um “projeto de vida”.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Sessões teóricas e acompanhamento da componente prática a realizar em contexto escolar pelos formandos</li> <li>- Sessões plenárias de formação em grupo</li> </ul>	Excelente. Os docentes relevam o enriquecimento das suas competências enquanto docentes, o que no seu entender veio reforçar a sua função e segurança no exercício docente.

## ÁREA DA PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL

A promoção da saúde mental integra diferentes temáticas neste projeto, tendo abrangido 1878 participantes, em 36 sessões realizadas nos quatro anos em análise (quadro 5).

Relativamente à prevenção dos Distúrbios do Comportamento Alimentar, no ano letivo 2008/2009 a intervenção desenvolveu-se numa única sessão dirigida a toda a comunidade escolar, que ocorreu no encerramento do ano letivo. Nos dois anos letivos seguintes as atividades dirigiram-se a alunos do 3º ciclo e tiveram lugar em diferentes escolas parceiras.

No que se refere à Relação Interpessoal a intervenção foi desenvolvida numa única escola, abrangendo no ano letivo 2009/2010 o 1º, 2º e 3º ciclo, num total de 127 alunos.

Quanto à prevenção de Consumos Nocivos, esta assume particular expressão na intervenção realizada com 763 participantes abrangidos, o que decorre das necessidades identificadas pelos parceiros, mas também da análise do meio em que se está inserido. A participação em atividades dirigidas à comunidade escolar tem permitido reforçar o trabalho desenvolvido em contexto de sala de aula com os alunos.

Em 2008/2009 e no ano seguinte surgiu a oportunidade de intervir no âmbito da Discriminação vs Não Discriminação VIH/SIDA junto de alunos do 3º ciclo, em três escolas. No quadro 6 apresentam-se os objetivos, os principais conteúdos abordados, as estratégias desenvolvidas assim como a avaliação das atividades de acordo com o grupo alvo.

**Quadro 5 – Caracterização do grupo alvo por subtema e ano letivo na área da promoção da saúde mental**

Sub-tema	Grupo Alvo		ANO LETIVO								TOTAL	
			2008/2009		2009/2010		2010/2011		2011/2012		Nº	Ses
			Nº	Ses	Nº	Ses	Nº	Ses	Nº	Ses		
Distúrbios do Comp. Alimentar	Alunos	3º Ciclo	-	-	152	3	70	1	-	-	222	4
	Toda a Comunidade		40	1	-	-	-	-	-	-	40	1
Relação Inter-pessoal	Alunos	1º Ciclo	-	-	43	1	-	-	-	-	43	1
		2º Ciclo	-	-	54	1	103	2	-	-	157	3
		3º Ciclo	-	-	30	1	73	2	-	-	103	3
Consumos Nocivos	Alunos	3º Ciclo	-	-	-	-	195	10	158	8	353	18
	Pais	3º Ciclo	-	-	-	-	10	1			10	1
	Toda a Comunidade		-	-	-	-	200	1	200	1	400	2
Discriminação	Alunos	3º Ciclo	350	2	200	1	-	-	-	-	550	3
<b>TOTAL</b>			390	3	479	7	651	17	358	9	1878	36

**Quadro 6 – Síntese da intervenção na área da promoção da saúde mental por temas, objetivos, conteúdos, estratégias e avaliação por grupo alvo**

Grupo alvo	Temas	Objetivos	Conteúdos	Estratégias	Avaliação
1º e 2º Ciclo	Relação Interpessoal.	Identificar fatores que favorecem e dificultam o processo de comunicação.	Estilos de Vida Saudáveis. Conceito de Comunicação. Comunicação Verbal e Não-verbal. Relação Interpessoal.	- Método interativo - Power-point - Jogos de dramatização - Filme	Muito bom, referia pelos alunos como muito positiva e corroborada pela participação e interesse.
3º ciclo	Distúrbios do Comportamento Alimentar	Promover a opção de estilos de vida saudáveis. Prevenir situações de anorexia nervosa e bulimia.	Estilos de Vida Saudáveis. Alimentação Saudável ao Longo da Vida. Distúrbios do Comportamento Alimentar.	- Aprendizagem ativa com trabalho em grupo. - Filme	Bom, atividades desenvolvidas em auditório o que dificultou a avaliação.
	Relação Interpessoal	Contribuir para o desenvolvimento pessoal.	Estilos de Vida Saudáveis. Conceito de Comunicação. Objetivos da comunicação. Relação Interpessoal.	- Método interactive - Power-point - Role-play - Filme	Muito bom, referia pelos alunos como muito positiva.
	Consumos Nocivos	Capacitar os alunos para a adoção de estilos de vida saudáveis.	Estilos de vida saudáveis. Consumos nocivos e impacto na saúde. Prevenção dos consumos nocivos - Tabaco. Consequências sociais do consumo de álcool. Falsos conceitos relacionados com o consumo de álcool.	Esta atividade ocorreu em contexto de sala de aula, na qual se recorreu à aprendizagem ativa: - discussão em grupo - filme	Excelente, pela discussão e participação durante as sessões e pelo feedback obtido junto dos alunos e professores.
	Discriminação vs Não Discriminação VIH/SIDA	Diminuir o estigma em relação ao VIH/SIDA.	Conceito de discriminação e não discriminação. Apresentação e análise de documentos internacionais.	Conferencia	Muito bom pela participação e interesse demonstrado e pelas questões colocadas.
Pais	Consumos Nocivos	Sensibilizar pais e encarregados de educação sobre a prevenção dos consumos nocivos para a saúde.	Estilos de vida saudáveis. Consumos nocivos e impacto na saúde. Prevenção dos consumos nocivos.	Sessão de informação e sensibilização para pais, encarregados de educação - "Pelas Crianças Vamos Conversar"	Bom, a adesão à atividade não foi a esperada, contudo o objetivo foi atingido permitindo alguma discussão com os presentes.
Toda a comunidade escolar	Distúrbios do Comportamento Alimentar	Prevenir situações de anorexia nervosa e bulimia.	Estilos de Vida Saudáveis. Alimentação Saudável ao Longo da Vida. Distúrbios do Comportamento Alimentar.	Conferência	Muito bom, pela participação e discussão suscitada.
	Consumos Nocivos	Capacitar alunos/comunidade escolar para a adoção de estilos de vida saudáveis	Estilos de Vida Saudáveis. Alimentação Saudável ao Longo da Vida. Práticas Alimentares Saudáveis – pequeno almoço. Consumos Nocivos e Impacto na Saúde – O álcool.	Conferência	Muito bom, pela participação e discussão suscitada.

## DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A intervenção no âmbito da **alimentação saudável** junto dos alunos teve uma cobertura de 689 alunos do 2º ciclo no ano letivo 2008/2009. Apesar de se saber que nos anos seguintes foi entre 31 e 100 em cada escola, será um aspeto a considerar no futuro. Sabe-se também que houve algum envolvimento dos pais, que apesar de ser fraco, é de valorizar a sua participação, pois é importante investir na capacitação dos alunos, mas também dos pais para promoverem as escolhas saudáveis e criarem ambientes facilitadores das mesmas. Por outro lado transmitem mensagens aos filhos, incluindo a sua arte de organizar e planejar refeições. Trata-se portanto de um aspeto a melhorar em conjunto com os professores.

As estratégias foram diversificadas com recurso ao método expositivo e interativo, workshops, foto linguagem, entre outros e cada vez se deverá investir neste tipo de estratégias que promovem a participação das crianças/adolescentes em aprendizagens significativas para a tomada de decisões conscientes, ou seja na aquisição de conhecimentos e habilidades para a vida. Também os conteúdos foram diversificados em resposta às necessidades detetadas, contudo há que melhorar a avaliação centrada nas capacidades e habilidades dos alunos. Em algumas das escolas as atividades foram pontuais, pelo que deve haver um trabalho conjunto de modo a haver uma integração no currículo escolar, de forma espiralada de modo a que os alunos desenvolvam plenamente as suas potencialidades, adquirindo competências para cuidarem de si, e de relação com o meio.

O desenvolvimento da área da **sexualidade** tem-se revelado numa experiência altamente positiva. Se inicialmente havia por parte das diferentes escolas uma solicitação, por vezes massificada, nos dois últimos anos letivos ela decorre de projetos de educação para a saúde e a sexualidade definidos, discutidos e envolvendo diferentes parceiros, o que é significado de uma maturidade na abordagem da ES em meio escolar.

A envolvência de estudantes, pais e professores é reveladora de que a escola tem efetivamente, uma função privilegiada no desenvolvimento de uma reflexão crítica sobre a sexualidade, onde o modelo médico-preventivo, centrado na prevenção de riscos e transmissão de informação, não seja o dominante, mas onde emergja, com maior

relevância o modelo biográfico, centrado no desenvolvimento individual com debate de atitudes, riscos e proteção.

As atividades desenvolvidas no âmbito da **promoção da saúde mental** foram ao encontro das necessidades identificadas pelas entidades parceiras. Sendo bastante positivo o feedback recebido da comunidade educativa ao longo do processo, surgindo novas propostas que permitiram abranger um maior número de participantes e de temáticas.

## **CONCLUSÃO**

Pretende-se continuar a investir neste projeto alargando-o a outros agrupamentos escolares e/ou escolas, com o envolvimento de estudantes e professores da ESSS no sentido da valorização dos pressupostos e na defesa dos princípios de uma IESPS.

Neste sentido e numa dinâmica escola meio pretende-se continuar a apostar nesta relação cujos benefícios apontam em dois sentidos: o desenvolvimento de habilidades das crianças/adolescentes, através da sua capacitação e do aumento da literacia aos diferentes níveis do projeto; o desenvolvimento de competências dos estudantes da ESSS como promotores de saúde, tendo em conta a dimensão curricular das IESPS na articulação entre os conteúdos curriculares e a vida, na consciencialização da população, através do *empowerment*, no saber partilhar o poder com as crianças/adolescentes e família e com os outros parceiros da comunidade, no saber participar no trabalho em equipa e intersectorial, no desenvolver o sentido de comunicação e escuta, valorizando os seus saberes e opiniões.

No âmbito da investigação e no sentido de poder contribuir para a construção consentânea das necessidades concretas das populações internas e externas à escola, estão traçadas linhas de investigação nas diferentes áreas do projeto.

## **BIBLIOGRAFIA**

Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 1, pp. 13-17.  
<http://heapro.oxfordjournals.org/content/11/1/11.full.pdf+html>

Bengel, J. ; Strttmatter, R. ; Willmann, H. (1999). What keeps people healthy? The current state of discussion and the relevance of Antonovsky's salutogenic model of health.

*Research and Practice of Health Promotion*, Vol. 4. Cologne: Federal Centre for Health Education.

Carrondo, E. M. (2006). *Formação Profissional de enfermeiros e desenvolvimento da criança: contributo para um perfil centrado num paradigma salutogénico*. Tese de Doutoramento. Universidade do Minho. Retirado em 22 de agosto de 2013 <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6276/1/TESE%20DE%20DOUTORA%20MENTO.pdf>

Direção-Geral da Saúde (2005). *Circular Normativa nº3/DGCG*. Programa Nacional de Combate à Obesidade. Lisboa: DGS

Ferreira, M.; Matos, M. G. (2009) O consumo de substâncias. In: Matos, M. G.; Sampaio, D. – *Jovens com saúde: diálogo com uma geração*. Alfragide: Texto editores.

GTES – Grupo de Trabalho de Educação Sexual (2007). *Relatório final*. Retirado em [2007-10-01] de [www.min-edu.pt](http://www.min-edu.pt).

Nilsson, L.; Lindström, B. (1998). Learning as a health promoting process: the salutogenic interpretation of the Swedish curricula in state education. *The electronic journal of the International Union for Health Promotion and Education*, 14. Retirado em [2013-08-25] from: <http://www.rhpeo.org/ijhp-articles/1998/14/index.htm>

ONUSIDA (2005) *Estigma, discriminação e violação dos direitos humanos em relação ao VIH: Estudos de casos de programas bem sucedidos*. Genebra: Coleção Melhores Práticas da ONUSIDA.

PORTUGAL, Direção-Geral da Saúde (2013) Programa Nacional para a Prevenção e Controlo do Tabagismo 2012-2016. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

PORTUGAL. *Lei n.º 62/2007* de 10 de Setembro - Regime jurídico das instituições de ensino superior. Lisboa, Diário da República, Série I — N.º 174 — 10 de setembro de 2007, p. 6358-6387

Rito, A.; Breda, J (2010): Prevalence of childhood overweight and obesity in Portugal - the national nutrition surveillance system. *Obesity Reviews*. 11(1),428. [Retirado em 15 de agosto de 2013].

Disponível em: [http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ID/Documents/Resumo\\_COSI\\_%20Portugal\\_CDC\\_completo.pdf](http://www.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ID/Documents/Resumo_COSI_%20Portugal_CDC_completo.pdf)

Sampaio, D. (2009) *Porque sim*. 3ª ed. Lisboa: Editorial Caminho.

Sampaio, D. (2011). *Da família, da escola, e umas quantas coisas*. Alfragide: Editorial Caminho.

Veloso, S.; Matos, M. G.; Veloso, N.(2009). O crescimento e o corpo. In: Matos, M. G.; Sampaio, D. – *Jovens com saúde: diálogo com uma geração*. Alfragide: Texto editores.

UNESCO (2009). International technical guidance on sexuality education: An evidence-informed approach for schools, teachers and health educators, vol II. Paris: UNESCO.  
[http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/fileadmin/user\\_upload/pdf/2009/20091210\\_international\\_guidance\\_sexuality\\_education\\_vol\\_2\\_en.pdf](http://hivaidsclearinghouse.unesco.org/fileadmin/user_upload/pdf/2009/20091210_international_guidance_sexuality_education_vol_2_en.pdf)

Universidad de Alberta (2005). *Carta de Edmonton para Universidades Promotoras de la Salud e Instituciones de Educación superior*. Edmonton: Canadá.

WHO. *The Ottawa Charter for Health Promotion. First International Conference on Health Promotion*. Ottawa, 21 November, 1986.

<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

# MAPAS CONCEPTUAIS NO ENSINO DE ENFERMAGEM: UMA ESTRATÉGIA DE APRENDIZAGEM

Ana Spínola<sup>2</sup>&José Amendoeira<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Instituto Politécnico de Santarém – Escola Superior de Saúde de Santarém;

<sup>2</sup>Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar – Universidade do Porto

## RESUMO

No enquadramento atual, o ensino de enfermagem tem reforçado a importância da aprendizagem e o envolvimento dos estudantes nos seus percursos de formação. Para isso, os programas das diferentes unidades curriculares devem justificar os conteúdos selecionados e o domínio de competências a adquirir. Assim como, as estratégias de ensino, devem ser ativas e promotoras de aprendizagens significativas nos estudantes, permitindo-lhes refletir sobre o conhecimento em enfermagem e integrá-lo em competências de pensamento crítico.

Nesta pesquisa pretendemos explorar os contributos da utilização dos mapas conceptuais como estratégia pedagógica no ensino de enfermagem. Fazendo-o a partir da busca de evidências numa Revisão Sistemática da Literatura.

Utilizámos o RCAAP<sup>2</sup> e plataforma EBSCO<sup>3</sup> - Bases de Dados: Cinhal Plus with Full Text, Nursing & Allied Collection: Comprehensive e Medline with Full Text; usadas as

**Palavras-chave:** mapas conceptuais; ensino de enfermagem; estudante

**Objetivo:** Identificar contributos da utilização dos mapas conceptuais no ensino de enfermagem em estudos nacionais e internacionais.

**Resultados/Conclusões:** Os mapas conceptuais resultam na generalidade, de forma muito positiva sobre o desempenho académico, promovem nos estudantes aprendizagens significativas; melhoram as habilidades de pensamento crítico dos estudantes e servem como um instrumento de ensino apropriado na educação em enfermagem.

---

<sup>2</sup> RCAAP – Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal

<sup>3</sup> EBSCO – EBSCO Discovery Service – Indexação de bases de dados.

## **ABSTRACT**

In the current environment, nursing education has reinforced the importance of learning and the involvement of students in their training courses. For this, the programs of different courses shall justify selected content and mastery of skills to acquire. Like, teaching strategies, should be active and promoting meaningful learning in students, allowing them to reflect on nursing knowledge and integrate it into critical thinking skills.

In this research we intend to explore the contributions of the use of concept maps as a pedagogical strategy in nursing education.

Doing it from the search for evidence in a systematic review of the literature. RCAAAP and used the EBSCO platform - Databases: Cinhal Plus with Full Text, Nursing & Allied Collection: Comprehensive and Medline with Full Text, used the keywords: nursing education, clinical practice, students, critical thinking and conceptual maps.

Objective: To identify contributions of the use of concept maps in nursing education in national and international studies.

Results / Conclusions: The conceptual maps result in generally very positive about the academic performance, promote meaningful learning in students; improve the critical thinking skills of students and serve as a teaching tool in the appropriate nursing education.

**Keywords:** Concept maps; teachingnursingstudent

## **INTRODUÇÃO**

O desenvolvimento curricular é atualmente uma das preocupações das Universidades Europeias, inseridas no contexto do Espaço Europeu de Ensino Superior (EEES) e do processo de Bolonha (Decreto-Lei nº115/2013). Este processo, que integra grandes alterações estruturais e processuais, com reflexo no processo de aprendizagem dos estudantes, pode ser facilitado pelo uso de ferramentas científico-pedagógicas, como os mapas conceituais que permitem extrair e organizar a informação mais relevante do saber especializado (Ordem dos Enfermeiros, 2007; Fonseca et al., 2010). Como consequência destas mudanças, exige-se que o ensino superior se centre mais na

aquisição de competências e na qualidade das aprendizagens do que na mera transmissão de conteúdos, apelando à inovação na formação (Tavares, 2003).

Nesta perspetiva, o *design* curricular da formação em enfermagem, caracteriza-se pela alternância entre períodos de ensino teórico na escola e períodos de ensino clínico nas organizações de saúde. Sendo estes, momentos estruturantes para a conceptualização curricular, e promotores da corresponsabilização nos estudantes pela aprendizagem, permitindo introduzir as alterações necessárias para o sucesso dessa aprendizagem (Amendoeira, 2004).

Por outro lado, a complexidade crescente dos contextos de cuidados, bem como os próprios cuidados, exigem que o ensino de enfermagem seja um processo de integração/transposição de saberes em cada contexto de aprendizagem. Permitindo, aos estudantes desenvolverem uma “consciência de cuidado” que significa um conhecimento mais apurado da realidade de cuidar de forma crítica e sensível em enfermagem (Waldow, 2009).

No quadro deste desafio, o processo de aprendizagem pelos estudantes de enfermagem, em ensino clínico implica necessariamente um trabalho de conceptualização da prática (Carvalho, 2002; Fernandes, 2007), tornando-se necessário compreender que aquisições teóricas são desenvolvidas e qual o reflexo na prática clínica. Esta aprendizagem implica um processo de desenvolvimento curricular que inclui a síntese integrativa de vários elementos: os objetivos da aprendizagem, o conteúdo do curso, as necessidades dos estudantes, os interesses e estilos de aprendizagem, as estratégias de ensino e aprendizagem e a avaliação (Fonseca et al., 2010).

Sendo este o contexto desta pesquisa, pretendemos explorar os contributos da utilização de mapas conceptuais, no ensino de enfermagem, no contexto nacional e internacional.

Fazemo-lo a partir de busca de evidências numa Revisão Sistemática da Literatura, integrada em continuidade do doutoramento que estamos a desenvolver em Ciências de Enfermagem. Como objetivo de pesquisa pretendemos: Identificar contributos da utilização de mapas conceptuais no ensino de enfermagem.

Procuramos subsídios acerca da utilização de mapas conceptuais no ensino de enfermagem, como estratégia pedagógica de grande potencial para a organização do

conhecimento e desenvolvimento da aprendizagem – aspeto desenvolvido por Novak (2000) tendo por base a teoria de aprendizagem de Ausubel.

## MÉTODO

Na sequência do enquadramento teórico desenvolvido, adotamos a pergunta em formato PI[C]OD (Craig e Smyth, 2004), que se apresenta:

“Que contributos os mapas conceptuais dão **(I)** para os estudantes **(P)** no ensino de enfermagem **(O)** ?

Desenvolvemos assim a 1ª fase da revisão sistemática da literatura, com o protocolo que adiante referenciamos. Os sujeitos participantes dos estudos pesquisados são estudantes de enfermagem no processo de ensino e aprendizagem.

Assumimos o desenho da investigação num paradigma de orientação cognitivista, selecionamos como material de estudo, todos os estudos (e de acordo com os critérios de inclusão desta revisão) com características qualitativas e quantitativas, porque procuramos as melhores evidências acerca da utilização dos mapas conceptuais na educação em enfermagem.

No quadro seguinte desdobram-se os componentes da questão em estudo:

Quadro1–Componentes da questão PI[C]OD

PI[C]OD				Palavras Chave
<b>P</b>	<b>Participantes</b>	Quem foi estudado?	Estudantes	<b>Nursing education</b> <b>Clinical Practice</b> <b>Students</b> <b>Critical reflection</b> <b>Concept Mapping</b>
<b>I</b>	<b>Intervenções</b>	O que foi feito	Mapas Conceptuais	
<b>C</b>	<b>Comparações</b>	Não existem	—	
<b>O</b>	<b>Outcomes</b>	Resultados, efeitos ou consequências	Identificação de resultados	
<b>D</b>	<b>Desenho do estudo</b>	Como foi recolhida a evidência	Estudos de natureza quantitativa e qualitativa	

## PROCEDIMENTO

O esquema que apresentamos no Quadro 3, ilustra as opções que foram adotadas na procura das melhores evidências, partindo dos artigos pesquisados, face à questão orientadora. Tivemos presente a “questão da necessidade de critérios para apreciar” (Craig e Smyth, 2004, p.145), da fiabilidade e qualidade dos estudos a incluir na pesquisa. Desta forma nele estão subjacentes os princípios que estabelecem o protocolo da pesquisa e bem assim o percurso desenvolvido até à seleção dos quatro artigos. No Quadro 2, apresentamos os critérios de inclusão e exclusão que estiveram subjacentes à seleção dos estudos pesquisados.

Quadro 2 - Critérios de inclusão e de exclusão

Critérios de inclusão	Critérios de exclusão
<ul style="list-style-type: none"><li>• Estudos de natureza qualitativa e quantitativa</li><li>• Estudantes de enfermagem</li><li>• Filtro cronológico: 2003-2013</li><li>• Um dos autores ser enfermeiro</li><li>• Acesso a Full Text</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• Metodologia com referência ausente e/ou não científica</li><li>• Repetição em mais do que uma Base de Dados</li><li>• Estudantes de outras áreas do conhecimento disciplinar</li></ul>

Utilizámos o Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP) e a plataforma EBSCO, com as seguintes Bases de Dados: Cinhal Plus with Full Text; [Medline with Full Text](#); Nursing & Allied Collection: Comprehensive;

### Quadro 3 – Percurso metodológico desenvolvido nas diferentes etapas

#### PESQUISA INICIAL

PESQUISA NO **RCAAP**: 0 artigos

PESQUISA NA PLATAFORMA **EBSCO**: 85914 Artigos  
(com Filtro Cronológico 2003-2013)

#### DESCRITORES UTILIZADOS

1. Nursing Education
2. Clinical Practice
3. Students
4. Critical Reflection
5. Concept Mapping

Obtiveram-se assim os seguintes artigos distribuídos por Bases de Dados/Descritores:

Cinhal Plus with Full Tex	Medline with Full Tex	Nursing & Allied Collection: Comprehensive	Total de artigos pesquisados
1- n=1844	1- n=32	1- n=84038	1- n=85914
2- n=626	2- n=2	2- n=16189	2- n=16817
3- n=508	3- n=3	3- n=25445	3- n=25956
4- n=24	4- n=0	4- n=653	4- n=677
5- n=97	5- n=0	5- n=97	5- n=97

Nursing Education **AND** Critical Reflection  
 Nursing Education **AND** Concept Mapping  
 Clinical Practice **AND** Students  
 Clinical Practice **AND** Critical Reflection  
 Clinical Practice **AND** Concept Mapping  
 Students **AND** Critical Reflection  
 Students **AND** Concept Mapping  
 Critical Reflection **AND** Concept Mapping

\*A conjugação dos descritores ocorreu pela ordem hierárquica, com o recurso ao booleano "AND".

Nursing Education **AND** Clinical Practice **AND** Students **AND** Critical Reflection **AND** Concept Mapping

#### ARTIGOS SELECIONADOS/BASE DE DADOS

Cinhal Plus with Full Tex n=0

Medline with Full Tex n=0

**Nursing and Allied Collection: Comprehensive n=4**

Nesta sequência para se proceder ao refinamento dos artigos obtidos, todos foram revistos em função do título e abstract; quando persistiram dúvidas em relação à qualidade e interesse dos artigos efetuou-se leitura ao texto completo.

#### ELIMINAÇÃO DOS ARTIGOS SEGUNDO CRITÉRIOS DE INCLUSÃO E EXCLUSÃO

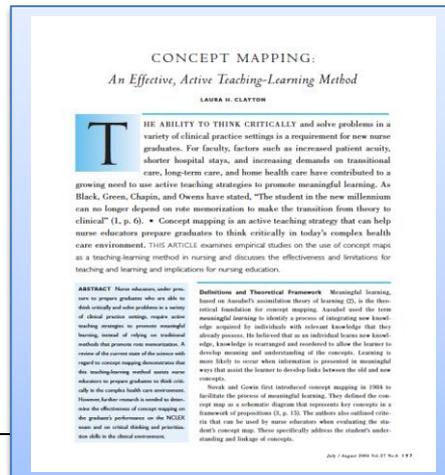
Nursing & Allied Collection: Comprehensive n=3

ORGANIZAÇÃO DOS ARTIGOS POR EVIDÊNCIAS FACE À PERGUNTA PI(C)OD

APRECIÇÃO CRÍTICA E SÍNTESE DO CONHECIMENTO



## Artigos selecionados n=1 (1 Revisão Sistemática da Literatura)



Tivemos presente o que refere Craig e Smyth (2004, p.168) “que a descrição clara dos critérios de elegibilidade pode, então, ser aplicada a todos os estudos recuperados na pesquisa”, procedemos à exclusão de três estudos. Das características dos estudos não elegíveis de acordo com os mesmos autores, no que se refere aos detalhes dos participantes: um estudo integrava estudantes de medicina, quanto à natureza das intervenções: dois dos estudos não integravam o conceito de mapas conceituais. Nesta perspectiva, obtivemos apenas um estudo legível para análise: Uma Revisão Sistemática da Literatura.

De seguida faremos a síntese do estudo encontrado na procura de respostas à questão PICOD formulada, buscando a compreensão da utilização do mapeamento conceptual como estratégia pedagógica no ensino de enfermagem. Poisque procuramos os contributos de outros investigadores, sobre as características do uso desta estratégia, como promotora de aprendizagens significativas nos estudantes de enfermagem (Cañas e Novak, 2006).

De acordo com Guyatt e Rennie<sup>4</sup>(2002), indicamos para o artigo pesquisado o nível de evidência atribuído. Optamos por apresentar um quadro-síntese das evidências encontradas.

<sup>1</sup>Guyatt e Rennie (2002) classificam os níveis de evidência de acordo com os critérios que apresentamos; Level I : Evidence from a Systematic Review or Meta-analysis of all relevant randomized controlled trials (RCTs), or evidence-based Clinical Practice Guidelines based on systematic reviews of RCTs; Level II: Evidence obtained from at least one well-designed RCTs; Level III: Evidence obtained from well-designed controlled trials without randomization; Level IV: Evidence from well-designed case-control and cohort studies; Level V: Evidence from systematic reviews of descriptive and qualitative studies; Level: Level VI: Evidence from a single descriptive or qualitative study; Level VII: Evidence from the opinion of authorities and/or reports of experts committees.

#### Quadro 4 – Síntese do artigo constituinte da Revisão Sistemática da Literatura

<b>Título</b>	<i>“Concept Mapping: An Effective, Active Teaching-Learning Method”</i>
<b>Autores, Ano de Publicação, País</b>	Laura H. Clayton, 2006, West Virginia – EUA
<b>Método</b>	Revisão Sistemática da Literatura – filtro cronológico 1980 a novembro de 2004.
<b>Objetivos</b>	Identificar os estudos de investigação sobre a utilização do mapa de conceitos como método de ensino-aprendizagem no ensino de enfermagem.
<b>Participantes</b>	7 (sete) artigos publicados nas seguintes bases de dados: PubMed, CINAHL, ERIC, e Academic Search Premier
<b>Intervenientes</b>	Revisão Sistemática da literatura nas diferentes bases de dados, utilizando os termos de pesquisa: <i>concept mapping, nursing education, e research.</i>
<b>Resultados</b>	<p>Os estudos encontrados, incidem sobre a utilização do mapeamento de conceitos em cursos de graduação de enfermagem, como fundamentos, pesquisa, farmacologia, médico-cirúrgica e pediatria. Cinco estudos foram conduzidos nos EUA, dois foram realizados na Austrália.</p> <p>Dos sete estudos, em todos foi utilizada uma amostra de conveniência, cinco dos quais envolveram utilização de ensaios prévios e pós-testes. A duração dos estudos variou entre 28 horas e 16 semanas, sendo na sua maioria entre 10 e 16 semanas. A exposição do estudante ocorreu de várias formas: em 5 estudos os estudantes foram expostos ao conceito de mapa conceptual através da sala de aula; num estudo entrevistaram estudantes e enfermeiros cooperantes, construindo os Mapas conceptuais nas observações e nas informações do currículo do curso; nos dois outros estudos os estudantes criaram o conceito de mapas conceptuais em sala de aula e em ambiente da prática clínica.</p> <p>Os mapas conceptuais e os seus atributos têm um lugar válido no ensino de enfermagem. Referem-se em três temas: (1) A análise do conceito através da literatura de enfermagem fornece uma ferramenta eficaz para melhorar o desempenho dos estudantes de enfermagem. (2) O mapeamento conceptual melhora nos estudantes as habilidades de pensamento crítico. (3) Permite o mapa de conceptual ser um método ativo de ensino apropriado. A utilização dos mapas conceptuais para ajudar a preparar atividades em contexto de ensino clínico, associando a teoria com a prática clínica e clarificar conceitos chave.</p> <p>Apesar das limitações destes estudos, parece evidente que o mapeamento tem um conceito potencial para ser uma estratégia de ensino eficaz na educação de enfermagem.</p>
<b>Nível de Evidência</b>	V

#### DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

As evidências encontradas no estudo selecionado, no que concerne à utilização de mapas conceptuais no ensino de enfermagem com estudantes em vários países, remetem-nos para os seguintes aspetos:

Para Clayton (2006), que analisou na sua revisão sistemática da Literatura, estudos empíricos sobre o uso dos mapas conceptuais, refletem-se em três grandes áreas:

*conhecimento do estudante:* os estudantes que utilizam mapas conceptuais, conseguiram melhores scores nos exames, em comparação com outros estudantes. Em dois estudos sugeriram que aumentavam as habilidades de pensamento crítico dos estudantes quando estes utilizavam mapas conceptuais permitindo-lhes uma maior transferência do conhecimento na prática clínica. *Percepção do estudante:* de um modo geral referem como muito positivo. Em três estudos, os estudantes relataram que o conceito de mapeamento reforça a sua capacidade de integrar conhecimentos e ajuda a reter informações complexas. Três estudos identificaram as percepções dos estudantes face aos mapas conceptuais como uma adequada estratégia de ensino aprendizagem. Num estudo os estudantes relataram uma maior motivação para aprender e um aumento do nível de satisfação na utilização dos mapas conceptuais como método de ensino. *Comentários do professor:* na sua maioria foram muito positivos sobre a utilização dos mapas conceptuais no processo de ensino e aprendizagem, consideram uma adequada ferramenta de avaliação. Apreciação da faculdade, refere que a utilização dos mapas conceptuais auxilia na avaliação dos conhecimentos e habilidades de pensamento crítico dos estudantes e na avaliação do desempenho clínico.

## **CONCLUSÃO**

A utilização dos mapas conceptuais continua a crescer em todo o mundo, e os utilizadores estão constantemente à procura de novas aplicações e utilidades para esta poderosa ferramenta científica e pedagógica. As instituições de ensino mobilizam esta ferramenta para o trabalho pedagógico com os estudantes dos primeiros ciclos de formação, havendo atualmente alguns estudos desenvolvidos com estudantes do ensino universitário. Todavia na educação em enfermagem a sua utilização, ainda pouco frequente, justifica o único estudo encontrado na revisão sistemática da literatura realizada. Consideramos assim, os mapas conceptuais uma poderosa ferramenta científica-pedagógica e “inovadora” no desenvolvimento curricular em enfermagem com evidência, justificada pelos achados encontrados face à utilização dos mapas conceptuais na educação em enfermagem.

As evidências obtidas nesta revisão sistemática da literatura, apontam essencialmente para três temas principais: mapas conceptuais resultam em geral de efeitos positivos

no desempenho acadêmico; mapas conceptuais melhoram as habilidades de pensamento crítico dos estudantes; mapas conceptuais resultam num método de ensino apropriado. Porém apelam, ao desenvolvimento de futuras pesquisas, no âmbito da avaliação do desempenho dos estudantes, através da utilização dos mapas de conceitos. Necessidade de integrar a teoria na prática clínica, avaliando os efeitos do uso de mapas conceptuais em resultados de exames e no papel sobre o conhecimento desenvolvido na prática dos enfermeiros.

Da utilização dos mapas conceptuais na enfermagem, evidenciamos os seguintes contributos no âmbito do ensino em enfermagem: o mapeamento conceptual tem potencial para ser uma estratégia de ensino eficaz na educação de enfermagem; os mapas conceptuais desenvolvem nos estudantes habilidades de pensamento crítico; os mapas conceptuais considerados como um método eficaz na aprendizagem significativa (Jonassen, 2007; Fonseca et al, 2010).

A sua implicação na educação e investigação em enfermagem, parece evidente, quando valorizamos a necessidade de introduzir as técnicas de mapeamento conceptual no início da formação em enfermagem; a sua utilização pelos estudantes na preparação de atividades em ensino teórico e ensino clínico, permitindo através da associação da teoria com a prática a clarificação de conceitos-chave, para uma aprendizagem significativa (Novak, 2000); a possibilidade de utilização do mapeamento conceptual para avaliar o nível de desempenho do estudante, pelas etapas do processo de enfermagem e o número de conceitos, a qualidade das relações apresentadas e o grau de hierarquia fixada, são estes contributos da maior relevância para a educação e investigação em enfermagem.

Nesta perspetiva, a utilização dos mapas conceptuais, concebida para facilitar a aprendizagem pela organização conceptual em redes semânticas, parece poder ajudar no desenvolvimento curricular nas várias etapas do processo. Por outro lado, o desenvolvimento curricular no contexto do EEES e na sequência do processo de Bolonha (Decreto-Lei nº115/2013) tem como foco principal a aprendizagem e o desenvolvimento de competências pelos estudantes, pelo que devem as instituições de ensino valorizar as estratégias de aprendizagem, através dos diferentes atores envolvidos, respondendo com qualidade às atuais exigências profissionais.

## BIBLIOGRAFIA

- ABREU, W. (2007) *Formação e aprendizagem em contexto clínico – fundamentos, teorias e considerações didáticas*. Coimbra: Formasau.
- AMENDOEIRA, José - Enfermagem em Portugal. Contextos, atores e saberes. *Enfermagem*, Julho/Dezembro 2004 nº35-36, 2ª série, p.13-22.
- AMENDOEIRA, José - Ensino de Enfermagem – Perspetivas de Desenvolvimento. *Pensar enferm.*, 1º Semestre de 2009. Vol.13, nº1, p.2-12. ISSN: 0873-8904
- CAÑAS, A. J. e NOVAK, J. D. - Re-examining the foundations for effective use of concept maps. In: Cañas, A. J. e Novak, J.D. (eds.). *Proceedings of the second international conference on concept mapping*. Universidad de Costa Rica. San José, Costa Rica, 2006 Vol. 1, p. 247-255.
- CARVALHAL, R. (2002). *Parcerias na Formação: Papel dos Orientadores Clínicos*. Loures: Lusociência.
- CARVALHO, José E. (2009). *Metodologia do trabalho científico: «saber - fazer» da investigação para dissertações e teses*. 2ª ed. Lisboa: Escolar Editora
- CLAYTON, Laura - Concept Mapping: Na Effective, Active Teaching-Learning Method. *Nurs Educ Perspect*, July/August 2006, vol.27, nº4, p. 197-203. ISBN 1536-5026.
- CRAIG, J.V. & SMYTH, R.L. (2004) *Prática Baseada na Evidência: manual para enfermeiros*. Loures: Lusociência.
- MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO E CIÊNCIA. Decreto-lei nº 115/2013 de 7 de agosto aprova o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da Republica nº 151 – I série, 7 de agosto de 2013, p. 4749-4750
- FERNANDES, Olga (2007) *Entre a Teoria e a Experiência – Desenvolvimento de Competências de enfermagem no ensino Clínico no Hospital no Curso de Licenciatura*, Loures: Lusociência.
- FONSECA, António P.; EXTREMINA, C.I.; FERREIRA, A.; LEITE, C. *Aplicações dos Mapas Conceptuais no ensino Universitário Pós-Bolonha: Os mapas como ferramentas para o aumento de eficiência do processo de ensino aprendizagem* [em linha]. 2010, [consultado em 01-09-2013], p.4741-4750. Disponível em <http://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/35056/2/69655.pdf>
- JONASSEN, David H. (2007). *Computadores, Ferramentas Cognitivas – Desenvolver o pensamento crítico nas escolas*. Porto. Porto Editora.

MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, INOVAÇÃO E ENSINO SUPERIOR, Decreto –Lei nº42/2005 de 22 de Fevereiro, Diário da República – I série – A nº37, p.1494.

MIRANDA, Luísa; Morais, Carlos. RepositóriUM: *Mapas Conceptuais como Estratégia de Ensino e Aprendizagem*, in: Atas do X Congresso Internacional Galego-Português de Psicopedagogia, Braga, 2009. Universidade do Minho - ISBN- 978-972-8746-71-1.

NOVAK, Josef D. (1998). *Learning, creating and using knowledge: Concept mapping as facilitative tools in schools and corporations*, in: Hillside NJ, Lawrence Erlbaum Associates e Sherborne, T. (eds.). *Knowledge Cartography: Software tools and mappingtechniques*. Springer. London. pp. 183-198.

NOVAK, J. (2000). *Aprender, criar e utilizar o conhecimento*. Lisboa, Plátano, Edições Técnicas.

ORDEM DOS ENFERMEIROS – *Enfermagem Portuguesa Implicações na Adequação ao Processo de Bolonha no Atual Quadro Regulamentar*, Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2007.

TAVARES, José (2003). *Formação e Inovação no Ensino Superior*. Porto: Porto Editora.

WALDOW, Vera R. (2009). *Reflexões sobre Educação em Enfermagem: ênfase em um ensino centrado no cuidado*. Mundo da Saúde, 33 (4), p.488-494 São Paulo.

# O CUIDADOR DA PESSOA IDOSA DEPENDENTE: NECESSIDADES DE EDUCAÇÃO

Luísa Martins<sup>2</sup>; Isabel Barroso<sup>1</sup>& Marta Rosa<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Instituto Politécnico de Santarém – Escola Superior de Saúde de Santarém/UMIS/UiIPS

<sup>2</sup>USF CampuSaúde na Golegã

## RESUMO

O artigo baseia-se num relatório de estágio sob a temática " necessidades de educação do cuidador informal de pessoa idosa dependente em contexto domiciliário".

Objetivos: fundamentar a prática de enfermagem comunitária, tendo por base a literatura e dados relevantes para a sua prática, assim como o Modelo de Enfermagem de Betty Neuman; refletir sobre as intervenções de enfermagem realizadas em contexto domiciliário, com o cuidador informal, tendo por base a revisão sistemática da literatura.

O estágio realizou-se em Ourém, local onde foi caracterizado o cuidador informal e as suas necessidades de educação.

Foram alvo das intervenções 10 cuidadores de pessoas idosas dependentes, inscritos e residentes na área geográfica de abrangência do Centro de Saúde, freguesia de Nossa Senhora da Piedade em que as pessoas idosas dependentes, necessitavam de cuidados de enfermagem no domicílio.

Como instrumento de recolha de dados utilizou-se um questionário, que foi aplicado em contexto domiciliário.

Os resultados revelaram que os cuidadores tinham um perfil sociodemográfico semelhante ao referido na pesquisa efetuada, com recurso à revisão sistemática da literatura, assim como as suas necessidades de educação.

Os temas abordados foram ao encontro das necessidades identificadas.

Descreve-se ainda a importância das estratégias utilizadas na educação do cuidador informal, sendo este o sujeito principal da intervenção do enfermeiro.

**Palavras-chave:** Cuidador informal, visita domiciliária, necessidades de educação

## **ABSTRACT**

This article is based on a probation report that addresses the thematic one “needs of formation of the informal caregivers of dependent elderly in home context”.

The objectives are: support nursing practice based on the literature and data relevant to your practice as well as the Model of Nursing Betty Neuman; reflect on the nursing interventions realized on domiciliary context, with an informal caregiver based in the systematic review of the literature.

The period was held in Ourém, where it was characterized the informal caregiver and their training needs.

The target of intervention were ten caregivers participated independent elderly people, and residents enrolled on the geographical area covered by the Health Center, in the parish of Nossa Senhora da Piedade, and whose dependent elderly, in need of nursing care at home.

As an instrument of data collection used a questionnaire that was applied to informal caregivers in home context.

The results revealed that caregivers had a sociodemographic profile similar to that on conducted using the systematic of literature, as well as their training needs.

The topics studied reveal the same as the identified needs.

The study already describes the importance of the strategies used in educating the informal caregiver, which is the main subject of intervention by nurse.

**Keyword:** Caregivers, Home care services, Health education

## **INTRODUÇÃO**

Nos últimos anos, verificou-se em quase todos os países da União Europeia, uma reorganização dos cuidados de saúde, no sentido destes serem prestados às pessoas e famílias, em contexto domiciliário. A razão para esta mudança resulta da convicção que os cuidados prestados em ambiente familiar são de melhor qualidade e economicamente menos dispendiosos.

Ao mesmo tempo, tem-se verificado uma inversão da pirâmide demográfica, caracterizada por um envelhecimento da população, prevendo-se que a população idosa atinja mais de um terço da população, na segunda década do século XXI.

Também em Portugal, nos últimos anos, tem se assistido a uma organização dos cuidados de saúde e à certeza de que aos cuidados de saúde na comunidade, correspondem maiores ganhos em saúde, gerando novas necessidades de cuidados, principalmente cuidados de enfermagem às pessoas dependentes.

É fundamental que os serviços de saúde e os seus profissionais, em particular os enfermeiros, sejam capazes de dar resposta às difíceis e crescentes necessidades das pessoas, nomeadamente pessoas dependentes, promovendo e/ ou aumentando a sua qualidade de vida e das suas famílias.

Com a reestruturação funcional e organizacional dos centros de saúde, cabe à Unidade de Cuidados na Comunidade “ (...) prestar cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional, atuando na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família (...)” (DESPACHO nº 10143/2009). Compete ainda à Unidade de Cuidados na Comunidade, através da sua carteira de serviços, integrar “projetos de intervenção com pessoas, famílias e grupos com maior vulnerabilidade (...), projetos de intervenção domiciliária com indivíduos dependentes e famílias/cuidadores, nomeadamente, educação para a saúde dos utentes, familiares e cuidadores informais (...)”(DESPACHO nº 10143/2009).

Neste sentido, desenvolveu-se um trabalho na Unidade de Cuidados na Comunidade de Ourém, que foi ao encontro das necessidades locais e em simultâneo, permitiu o desenvolvimento pessoal e profissional na área de especialização em enfermagem comunitária, através da proximidade à população, na área geográfica de abrangência.

A Unidade, desenvolve as suas atividades assente numa carteira de serviços. Esta, atua em diversas áreas, na qual comporta a intervenção domiciliária com indivíduos dependentes e famílias/ cuidadores, tendo por base as orientações estratégicas do Plano Nacional de Saúde (2004-2010).

Assim, as políticas de saúde, seguem no sentido de privilegiar o domicílio das pessoas como o local de eleição para a prestação de cuidados às pessoas dependentes, onde a grande maioria são idosos e ao mesmo tempo responsabilizar as famílias/ cuidadores pela prestação de cuidados no domicílio, desde que apoiados por profissionais de saúde e da área social, caso se justifique. Este tipo de apoio, pretende assegurar a

informação e formação dos familiares/ cuidadores, no sentido de lhes proporcionar competências para cuidarem da pessoa idosa dependente no domicílio.

Sendo a saúde o resultado dos cuidados que cada um concede a si mesmo e aos outros, é fundamental que os profissionais de saúde capacitem as pessoas para aprenderem ao longo da vida, preparando-as para todos os estádios do seu desenvolvimento e para lutarem contra a doença crónica e ou incapacidade (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE, 2008).

Nesta perspetiva e sendo uma das competências do enfermeiro especialista em enfermagem comunitária, contribuir para o processo de capacitação de grupos e comunidades, com vista à consecução de projetos de saúde na comunidade, priorizou-se toda a intervenção junto dos mesmos, com o objetivo de dar resposta às suas necessidades, assegurando o acesso a cuidados de saúde de forma continuada e ajustada às reais necessidades da comunidade (ORDEM DOS ENFERMEIROS, OE, 2009).

Neste sentido, trabalhou-se com a pessoa alvo de cuidados de enfermagem e a família cuidadora, no intuito de lhes mostrar o campo autónomo dos enfermeiros como profissionais de saúde e ao mesmo tempo, identificar as necessidades de educação do cuidador informal e proporcionar-lhe essa educação.

O Enfermeiro é um dos pilares fundamentais na equipa de saúde, tem competências para promover, educar, e ajudar a gerir os recursos não só do indivíduo alvo de cuidados, mas também da família e comunidade.

Assim definiram-se como objetivos:

- A. Fundamentar a prática de enfermagem tendo por base a literatura e dados relevantes para a sua prática, assim como o Modelo de Enfermagem de Betty Neuman;
- B. Refletir sobre as intervenções de enfermagem realizadas em contexto domiciliário, com o cuidador informal, tendo por base a revisão sistemática da literatura.

## **METODOLOGIA**

Este estudo foi orientado pelo referencial teórico do Modelo de Enfermagem de Betty Neuman, que apresenta o cliente (ser humano, família, grupo, comunidade ou problema social) como um sistema relacionado com seu meio, sofrendo as suas influências, adaptando-se e sendo adaptado em função das fontes de stress (NEUMAN,

1995). Este modelo conceptual é adequado à prática da Enfermagem Comunitária porque “ (...) enfatiza uma abordagem da prática holística na qual qualquer parte do sistema ou subsistema pode organizar-se como um todo inter-relacionado que idealmente funciona como um sistema total” (NEUMAN, 1995, p. 410).

Em simultâneo, clarificaram-se alguns conceitos com o intento de enquadrar teoricamente o tema, seguindo-se uma apreciação crítica e reflexiva das necessidades de educação do cuidador informal e as atividades desenvolvidas junto deste, com recurso à revisão sistemática da literatura.

Esta investigação iniciou-se com a definição da população alvo, sendo esta constituída por utentes inscritos e residentes na área geográfica de abrangência do Centro de Saúde de Ourém, num total de 10 utentes e respetivos cuidadores.

Definiram-se critérios de inclusão, atendendo que seria facilitador do estudo, sendo:

- Uteses residentes na freguesia de Nossa Senhora da Piedade;
- Uteses referenciados à Equipa de Cuidados Continuados Integrados de Ourém e que necessitassem de cuidados de enfermagem no domicílio;
- Uteses com cuidador informal, independentemente da idade do cuidador;
- Uteses referenciados no período de 3 de dezembro de 2010 a 3 de fevereiro de 2011.

A investigação foi realizada no domicílio dos idosos dependentes e seus cuidadores.

Procurando atingir o objetivo proposto, o passo seguinte foi a elaboração de um instrumento de recolha de dados, que permitisse por um lado identificar o cuidador informal e por outro, identificar as suas necessidades de educação no cuidar de pessoa idosa dependente em contexto domiciliário.

Atendendo às características do trabalho a desenvolver, foi elaborado um questionário, que teve por base um instrumento já testado e validado para a população portuguesa (LAGE, 2007).

Como FORTIN (2000, p.240) afirma, ao “utilizar-se um instrumento já existente, deve assegurar-se que o instrumento possui uma fidelidade e uma validade aceitáveis”.

Assim, o autor (LAGE, 2007) foi contactado via correio eletrónico e foram cumpridos todos os aspetos ético-morais no sentido da utilização do instrumento.

É de referir que o instrumento foi redimensionado de modo a dar resposta aos objetivos do trabalho.

Seguiu-se o contacto com a população, através da visita domiciliária previamente agendada. Este primeiro contacto, serviu fundamentalmente para dar a conhecer o trabalho a desenvolver na comunidade e oferecer garantias morais e éticas aos que aceitassem participar no trabalho.

As formas de atuar em relação aos outros estão baseadas no reconhecimento expresso do valor absoluto das pessoas e do seu direito de decidir livremente. O respeito por este propósito constituiu o ponto de partida da conduta de quem realiza o trabalho.

Assim, formalizou-se o consentimento informado mediante um documento elaborado para o efeito.

Foi igualmente explicado que a participação seria voluntária, podendo abandonar a participação se e quando o entendessem. Considera-se ter cumprido, desta forma, os pressupostos éticos relativos ao trabalho e prestados todos os esclarecimentos, para que os participantes pudessem tomar uma decisão livre e informada.

A etapa seguinte, foi a colheita de dados que prolongou-se por dois meses

Seguiu-se a análise estatística dos dados, sendo estes lançados e processados numa base de dados informatizada no programa *Microsoft Office Excel 2007*, uma vez que se pretendia apenas uma análise descritiva dos resultados, fazendo em simultâneo, uma apreciação crítica e reflexiva das necessidades de educação do cuidador informal e as atividades desenvolvidas junto deste, com recurso à revisão sistemática da literatura.

Como ponto de partida para a revisão sistemática da literatura, foi formulada uma pergunta, partindo de um foco de interesse na área da Enfermagem Comunitária.

Tanto a nível da construção da pergunta, como da definição dos critérios de inclusão e exclusão de estudos primários, foi utilizada a estratégia PI[C]O (SANTOS, PIMENTA, NOBRE, 2007).

Atualmente há grande quantidade de informação científica e há também grande facilidade de acesso a estudos desenvolvidos em todo o mundo. Ter acesso ao conhecimento produzido sobre determinado assunto é fundamental para o desenvolvimento das pesquisas. A internet e os portais de acesso livre permitem a acessibilidade ao conhecimento, no entanto, é preciso saber o que selecionar dessa infinidade de informações e como fazê-lo.

A estratégia PI[C]O, auxilia nessas definições pois, orienta a construção da pergunta de pesquisa e da própria busca.

A revisão sistemática da literatura, tem assim o objetivo de pesquisar artigos científicos relacionados com a pergunta de investigação, a partir dos quais se poderá fazer a análise e a reflexão.

**PERGUNTA DE INVESTIGAÇÃO: “Quais as necessidades de educação do cuidador informal da pessoa idosa dependente em contexto domiciliário?”**

Como estratégia de pesquisa e usando as palavras-chave na sequência, *Caregivers*, *AND Home care service*, *AND Health education*, realizou-se uma pesquisa, na plataforma EBSCO, bases de dados eletrônicas CINAHL Plus with Full Text, MEDLINE with Full Text. MedicLatina e Nursing & Allied Collection: Comprehensive.

Como resultado, obteve-se 6 artigos para análise e reflexão, após aplicação dos critérios de inclusão e exclusão.

## **RESULTADOS E DISCUSSÃO**

Hoje em dia, os cuidados de enfermagem em contexto domiciliário a pessoas idosas dependentes e o apoio ao cuidador informal, estão cada vez mais desenvolvidos.

Para este motivo contribui a crescente necessidade de cuidados, o aumento de pessoas idosas dependentes e as novas políticas de saúde, que enfatizam a permanência da pessoa no seu contexto familiar, desde que tal seja possível

É importante não esquecer o cuidador informal que cuida da pessoa idosa dependente e que grande parte das vezes, é igualmente idoso e ele próprio com necessidades de intervenção, sendo uma experiência cansativa e de grande responsabilidade que nem sempre as famílias aceitam e/ou reconhecem.

Assim, no que diz respeito à caracterização do cuidador informal, estes são maioritariamente, idosos do sexo feminino, casados e com baixas habilitações literárias.

A análise descritiva dos dados sugere que em relação ao género, verifica-se que o número de mulheres é superior ao dos homens

Responderam 7 mulheres, num total de 10 inquiridos. Estes dados são sobreponíveis aos da revisão sistemática da literatura efetuada. São principalmente as mulheres que assumem o papel de cuidador. De acordo com SOUZA, PACHECO, MARTINS, BARRA e

NASCIMENTO,(2006) “as mulheres, são maioritariamente as cuidadoras”, acrescentando que “dados mundiais mostram que a proporção de mulheres é maior que a de homens cuidadores”.

Quanto à idade do cuidador informal, observa-se na população de Ourém, que a grande maioria se encontra no intervalo de idades entre os 66 e 85 anos.

Os estudos analisados vão ao encontro desta realidade, uma vez que e como referem FINLAYSON, GARCIA, PREISSNER (2008) “ os cuidadores são principalmente pessoas de meia-idade e pessoas idosas”.

No que diz respeito ao estado civil do cuidador, verifica-se que 9 são casados e vivendo em união, regista-se 1 cuidador.

Relativamente às habilitações literárias, os resultados demonstram que a baixa escolaridade é predominante. Assim, dos 10 inquiridos, 5, ou seja, metade dos cuidadores, possui o ensino primário e 2, apenas sabem ler ou escrever.

Também neste ponto, a literatura corrobora com os dados obtidos no trabalho desenvolvido e segundo FERNANDES, GARCIA (2008), “o nível de escolaridade dos cuidadores caracterizou-se como baixo: 13,3% eram analfabetos; 23,3% eram alfabetizados; 26,7% haviam concluído o ensino fundamental; 23,3% possuíam o ensino médio; 13,3% tinham formação escolar de nível superior”. SOUZA, PACHECO, MARTINS, BARRA e NASCIMENTO.(2006), referem ainda que “atribui-se à instrução escolar uma via de transformação necessária ao processo de educação em saúde, no qual o diálogo, a indagação e a reflexão devem estar presente na prática voltada às necessidades e às características dessa população idosa”

Assim, o conhecimento das habilitações literárias do cuidador informal, é relevante para o tipo de abordagem a adotar na interação entre o enfermeiro e cuidador.

Quanto à forma de cuidar da pessoa idosa dependente, a totalidade dos cuidadores (10), referem cuidar todos os dias da pessoa idosa dependente.

A frequência diária no cuidado, foi igualmente confirmada pela literatura, como afirmam FERNANDES, GARCIA (2008), em que “os cuidadores são pessoas disponíveis, pois cuidam todos os dias da pessoa idosa dependente e fazem-no, várias horas por dia”. Também ROCHA, VIEIRA, SENA (2008), afirmam que o “cuidador de idosos dependentes é aquele que põe a necessidade do outro em primeiro lugar e, pressionado por necessidades imediatas, esquece-se de si mesmo”. Acrescentam ainda

que “o cuidado constante toma praticamente todo o seu tempo, as suas forças, o seu lazer e até suas emoções. Assim, a rotina diária que determina os afazeres do cuidador exclui a sua vontade ou preferência”.

Relativamente ao número médio de horas por dia, que o prestador de cuidados cuida da pessoa idosa dependente, 6 cuidadores responderam 5 ou mais horas por dia, sendo esta a opção mais representativa.

Os estudos vão igualmente ao encontro da realidade encontrada, pois a grande maioria dos cuidadores assistem a pessoa idosa dependente mais de doze horas ao dia. Em relação ao tempo de cuidado da pessoa idosa dependente, não houve predomínio por um período de tempo, tendo as respostas variado de 1 a mais de 10 anos de cuidado.

FERNANDES, GARCIA (2008), afirmam que “73,3% proviam cuidado entre um e cinco anos; 20% cuidavam do idoso num tempo de seis a dez anos; e 6,7% eram cuidadoras há mais de dez anos”.

Quanto ao modo de coabitação, os cuidadores habitam, na sua grande maioria (9), sempre na mesma casa que a pessoa idosa dependente, havendo apenas um cuidador, que não o faz.

Dos estudos analisados, existe quase unanimidade, que tanto o cuidador como o cuidado, vivem na mesma casa devido à dependência mútua e ainda, “pela necessidade da provedora de cuidados conciliar seus diversos papéis, particularmente o de administrar ou realizar os afazeres da casa com a assistência requerida pelo familiar dependente” (FERNANDES, GARCIA, 2008).

No que diz respeito ao grau de parentesco que o cuidador tem com a pessoa idosa dependente, constatou-se que oito dos 10 são cônjuges. A família constitui assim, o principal núcleo de proteção e ajuda da pessoa idosa dependente, mas acaba por sobrecarregar quase sempre um dos elementos dessa mesma família, que normalmente é um dos cônjuges, por escolha do próprio. Segundo FERNANDES, GARCIA, (2008), os idosos dependentes “casados eram cuidados por suas esposas; os viúvos eram cuidados em sua maioria pelas filhas (...), Cabe destacar que na vida familiar, existe uma hierarquia de compromisso em relação ao cuidado: em primeiro lugar, vem a esposa e, em seguida, a filha solteira ou que vive sozinha”.

É ainda de realçar que dos prestadores de cuidados informais inquiridos, seis responderam ser os únicos a prestar cuidados à pessoa idosa dependente tendo apoio de uma instituição, para a prestação destes cuidados.

A família organiza-se através da atribuição de um cuidador, sendo este a pessoa sobre a qual recai a responsabilidade pela prestação da maioria dos cuidados ligados às funções de manutenção e continuidade de vida, e que, não é remunerada pelo que faz, nem possui formação específica.

De acordo com STANHOPE; LANCASTER, (1999), as funções do prestador de cuidados incluem a supervisão dos doentes, assegurando que as suas necessidades básicas sejam satisfeitas e prestando cuidados diretos, tais como higiene pessoal, preparação das refeições, administração de terapêutica e prestação de tratamentos.

Neste sentido e na continuação do trabalho desenvolvido com os cuidadores informais, procurou-se saber, qual o seu sentir quanto ao estar preparado para prestar cuidados à pessoa idosa dependente ou seja, se sente que tem conhecimentos e capacidades necessárias para cuidar.

Também porque a promoção dos cuidados no domicílio passa pelo incremento de uma política de intervenção comunitária em que os profissionais de saúde valorizam a educação em contexto domiciliário, é igualmente importante saber quais os cuidados que o cuidador informal tem mais dificuldade em prestar e gostaria de receber formação.

Das respostas obtidas, verificou-se, que de uma forma geral, os cuidadores sentem-se “mais ou menos preparados” para prestar cuidados à pessoa idosa dependente, e como refere, SWINBURNE, C. (2011), o cuidador está confiante e é capaz de lidar com o papel, no entanto, esse mesmo cuidador percebe que cuidar de um familiar é diferente de um emprego, uma vez que estão presentes os laços afetivos. Mas apesar de se sentirem preparados para cuidar, obteve-se um grande leque de respostas, o que mostra o interesse dos cuidadores pela sua formação.

Também o contacto direto com os cuidadores em contexto domicílio, permitiu uma experiência rica que facilitou um conhecimento mais completo das suas necessidades de educação e da forma como constroem diariamente o seu processo formativo para cuidar, bem como da sua perceção acerca do contributo dos enfermeiros na sua

preparação para cuidar. Daqui resultou uma melhor compreensão das suas necessidades/dificuldades para cuidar da pessoa idosa dependente no domicílio.

É de realçar, que a prevenção de úlceras de pressão e o posicionamento da pessoa idosa, são a grande preocupação do cuidador, seguindo-se a linguagem e o tom de voz a utilizar no ato de cuidar.

De acordo com SWINBURNE, C. (2011), “o cuidar da educação dos cuidadores informais, é uma parte principal do trabalho do enfermeiro comunitário”, acrescenta ainda que é “importante a formação básica em higiene, vestir e despir de modo a antecipar o aparecimento de úlceras de pressão”.

Ainda segundo ROCHA, VIEIRA, SENA (2008), a população está recetiva a receber informações, melhorando o seu conhecimento sobre o processo de cuidar, fazendo com que se alcance assim, um cuidado de maior qualidade para o idoso. Os cuidadores descreveram ainda que todo e qualquer tipo de informação intensificará e contribuirá para a prestação do melhor cuidado.

Assim, a partir da análise e interpretação dos dados obtidos, foi possível identificar e caracterizar os cuidadores informais, bem como as suas necessidades no processo de cuidar da pessoa idosa dependente em contexto domiciliário.

Seguiu-se toda a preparação e agendamento de novas visitas às famílias, no sentido de organizar as estratégias de educação para a saúde, bem como todo o material a utilizar nas mesmas.

Como referem BRERETON, CARROLL, BARNSTON, (2007).“Grupos de apoio e visitas domiciliárias lideradas por enfermeiros de educação para a saúde, melhorou as habilidades dos prestadores de cuidados, tais como a autoeficácia, e a sua confiança no conhecimento adquirido”

FINLAYSON, GARCIA, PREISSNER (2008), acrescentam ainda que “para tratar uma variedade de estilos de aprendizagem, e para manter as sessões interessantes, deve-se fazer uma combinação de estilos de comunicação, desde a escrita, a verbal, a visual e atividades vivenciais”. Neste sentido, e tendo em linha de conta as necessidades dos cuidadores informais, foram elaborados documentos escritos – folhetos - para distribuição nas sessões com as famílias, de acordo com as necessidades identificadas.

Como se referiu anteriormente, todas as ações foram desenvolvidas em contexto domiciliário, sendo a pessoa idosa dependente, muitas das vezes, o alvo de atenção e simultaneamente o desígnio para o cuidador explicar as suas dúvidas e dificuldades.

Mas vive - se num mundo em constante evolução e inovação, pelo que foram preparadas algumas sessões em suporte informático, recorrendo a um computador portátil na apresentação das mesmas:

De acordo com esta conceção e como estratégia de intervenção em contexto domiciliário, a fim de capacitar os participantes, FINLAYSON, GARCIA, PREISSNER et al. (2008), referem que, “deve-se aplicar recursos concretos, de modo que os participantes os consultem ou utilizem no futuro (por exemplo, vídeo, listas de verificação) ”.

A educação do cuidador informal requer um olhar cuidado daqueles que planeiam e executam ações educativas, uma vez que, o não conhecimento das reais necessidades do cuidador informal, leva a que os profissionais de saúde não ofereçam, aos mesmos, as orientações necessárias ao cuidado, de quem cuidam

Este estudo, contribui para uma melhor perceção do envelhecimento e das consequências da dependência dos idosos, na vida familiar e em toda a sociedade, assim como, para o desenvolvimento e implementação de políticas e medidas educativas que promovam a saúde dos idosos e das suas famílias. Contribui igualmente, para uma melhor compreensão da realidade do cuidado que rodeia a pessoa idosa dependente e pode ajudar os enfermeiros a desenvolver intervenções especificamente orientadas que lhe permitam compreender a relação entre o sistema familiar para melhor intervir.

## **CONCLUSÃO**

A enfermagem nos últimos anos sofreu um progresso expressivo ao nível do conhecimento científico e da formação, ao nível tecnológico e da filosofia dos cuidados.

No exercício orientado para a comunidade, o enfermeiro e o utente procuram em conjunto mudanças saudáveis que visem a promoção da saúde e prevenção da doença.

Sabe-se que, por mais difícil que pareça ser o processo de educação em saúde, o primeiro passo é propor ao cuidador informal a interação nesse processo, segundo é colocá-lo em prática e terceiro fazer que se torne um novo hábito de vida/saúde para essa pessoa.

Há um grande desafio para os enfermeiros neste milénio: investir na educação para a saúde com o objetivo de promover cuidados de qualidade aos idosos dependentes e aos seus cuidadores em contexto domiciliário (SOUZA, PACHECO, MARTINS, BARRA e NASCIMENTO, 2006).

O cuidador informal possui o conhecimento das suas necessidades e das necessidades físicas e emocionais da pessoa idosa dependente. Cabe aos enfermeiros, proporcionar e ser o elo de ligação com o cuidador de modo a adequar a educação para a saúde dos cuidadores, bem como para a manutenção da pessoa idosa dependente o maior tempo possível no seu contexto familiar, favorecendo a convivência com os seus, contribuindo ainda para a diminuição de riscos.

Não se pode partir destas conclusões para a generalização de outros cuidadores de pessoas idosas dependentes, não devendo contudo, desacreditar-se a importância das mesmas, no contexto onde foi desenvolvido este trabalho.

Assim, e com recurso à revisão sistemática da literatura, como fonte de informação científica, foram selecionados e analisados alguns artigos, para posterior fundamentação do trabalho desenvolvido durante o estágio na Unidade de Cuidados na Comunidade de Ourém, onde o perfil dos cuidadores vai ao encontro do perfil habitual encontrado nos diversos estudos consultados

Reforçar a conceção do papel do enfermeiro como educador e agente de transformação social, é necessária. Esta deve ser uma constante da atuação dos profissionais de enfermagem, visto que a educação para a saúde deve ser parte integrante do objetivo profissional, em especial, porque a interação entre os profissionais e os utentes, é uma constante do quotidiano.

## BIBLIOGRAFIA

Brereton, Carroll, Barnston - Interventions for adult family careers of people who have had a stroke: a systematic review.[Em linha]. (2007) [Consult. em 2011-07-22]. Disponível em WWW: URL:<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=nyh&AN=27464195&lang=pt-br&site=ehost-live>.

Despacho nº 10143/2009. “DR II série”, 74 (2009-04-16).

Fernandes, Garcia. (2008) -Determinantes da tensão do cuidador familiar de idosos dependentes. [Em linha]. [Consult. em 2011-08-30]: Disponível em WWW: URL: [http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-71672009000100009](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672009000100009)

Finlayson, Garcia, Preissner. (2008) - Development of an educational programme for caregivers of people aging with multiple sclerosis. [Em linha]. [Consult. Em 2011-07-22]. Disponível em WWW: URL:<http://web.ebscohost.com/ehost/detail?Sid=cdf2c5ef-5927-46cc-a8ee-84de837c2e08%40sessionmgr11&vid=1&hid=14&bdata=jnnpdGU9ZWhvc3QtbGl2ZQ%3d%3d#>

Fortin (2000) – O processo de investigação. Loures: Lusociência, 2.ª Edição

Lage, Isabel. (2007). - Questões de género e cuidados familiares a idosos. Nursing. Lisboa. Ano 17, nº 217 p. 40-43.

Lage, Isabel. (2007). - Avaliação dos cuidados informais aos idosos: Estudo do impacte do cuidado no cuidador informal. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar da Universidade do Porto. 469f. Tese de Doutoramento.

Neuman, B. (1995). The Neuman Systems Model. Stamford: Lance

Ordem dos enfermeiros (2009). Caderno Temático - Modelo de Desenvolvimento Profissional. Conselho de Enfermagem. Lisboa: Autor.

Ordem dos enfermeiros. (2011). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem Comunitária e de Saúde Pública. Regulamento n.º 128/2011. Lisboa: Autor

Organização mundial de saúde. (2008). – Envelhecimento ativo: uma política de saúde. [Em linha] [Consult. 2011-10-09]. Disponível em <URL: [http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento\\_ativo.pdf](http://www.prosaude.org/publicacoes/diversos/envelhecimento_ativo.pdf)>.

Portugal. (2004). Ministério da Saúde - Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos. Lisboa: Direcção-Geral da Saúde. 2 Vol. - Vol. I - Prioridades, 88 p. - Vol. II - Orientações estratégicas, 216 p. ISBN 972-675-110-1.

Portugal. (2007). Ministério da Saúde: Unidade Missão Cuidados Saúde Primários - Equipa de Cuidados Continuados Integrados: orientação para a sua constituição nos centros de saúde. Lisboa: Ministério da Saúde.

Rocha, Vieira, Sena. (2008). - Desvelando o cotidiano dos cuidadores informais de idosos. [Em linha]. [Consult. em 2011-08-30]. Disponível em WWW: URL:

<http://www.scielo.br/pdf/reben/v61n6/a02v61n6.pdf>

Santos, Pimenta, Moacyr - A estratégia pico para a construção da pergunta: De pesquisa e busca de evidências - Ver. Latino-am Enfermagem [Em linha]. 15(3) (2007) [Consult. em 2011-09-01]. Disponível em WWW: URL:

[http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt\\_v15n3a23.pdf](http://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf).

Souza, Pacheco, Martins, Barra, Nascimento. (2006). - Educação em saúde para leigos no cuidado ao idoso no contexto domiciliar. Arquivos Catarinenses de Medicina [Em linha]. Vol. 35, nº 4 [Consult. em 2011-08-30]. Disponível em WWW: URL:

<http://www.acm.org.br/revista/pdf/artigos/395.pdf>

Stanhope, Lancaster, Jeanette (1999) – Enfermagem Comunitária. Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos. 4ª ed. Lisboa: Lusociência. ISBN 972 -8385-05-3.

# O EMPODERAMENTO EM ENFERMAGEM COMUNITÁRIA – ANÁLISE DE UM CONTEXTO

Dina Bernardino<sup>1</sup>; Isabel Barroso da Silva<sup>1</sup>& Maria do Carmo Figueiredo<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Instituto Politécnico de Santarém/Escola Superior de Saúde de Santarém

## RESUMO

Este artigo expõe a síntese do relatório de estágio apresentado para a obtenção do grau de mestre em enfermagem comunitária. Projeto de natureza investigativa, mobilizador do conceito de empoderamento na temática da promoção da saúde, que utilizou uma abordagem qualitativa, exploratória, mobilizando na construção do *corpus*, a revisão sistemática da literatura, a observação participante e a entrevista semiestruturada. Da análise efetuada resultou a construção de um esquema de análise, suporte básico das conclusões, demonstrativo da dicotomia conceção/implementação da prática reflexiva em enfermagem comunitária.

**Palavras-chave:** promoção da saúde, empoderamento, prática reflexiva em enfermagem comunitária.

## ABSTRACT

This article presents a synthesis of the probation report presented to obtain a master's degree in community nursing. Investigative nature project, mobilized the empowerment concept in the health promotion thematic, that used a qualitative approach, exploratory, mobilizing the construction of the corpus, a systematic review of the literature, participant observation and semi-structured interview. Analysis performed resulted in the creation of an analytical framework, support of the basic conclusions, demonstrating the dichotomy design /implementation of reflexive practice in community nursing.

**Keywords:** health promotion, empowerment, reflective practice in community nursing

## INTRODUÇÃO

Intervir em saúde requer conhecer a realidade do ponto de vista epidemiológico e do sistema, o grau de satisfação das pessoas com os serviços, o nível de literacia, os códigos e canais de comunicação já estabelecidos, assim como o caráter da sua intervenção na vida política, social e ambiental (LOUREIRO e MIRANDA, 2010).

O conceito de Empoderamento tem sido examinado em diversas disciplinas e campos profissionais, no seu sentido mais geral, refere-se à habilidade das pessoas em ganhar conhecimento e controlo sobre forças pessoais, sociais, económicas e políticas para agir na direção da melhoria da sua situação de vida.

A OMS (1986) define como primordial objetivo minimizar as desigualdades perante a saúde, para que todos tivessem acesso aos recursos económicos e sociais que lhes permitissem preservar o seu potencial de saúde. Na Declaração de Jacarta, em 1997, é reforçada a importância de colocar as pessoas no centro do processo de tomada de decisão para a promoção da sua saúde.

No nosso país, o empoderamento do cidadão parece encontrar-se ainda numa fase inicial do seu desenvolvimento e implementação. CRAVEIRO (2000) refere que o *Empowerment* é ainda incipiente no Sistema de Saúde, dado o seu desenvolvimento estar dependente do reconhecimento do seu papel por parte dos vários parceiros, fundamentais na prática da Enfermagem Comunitária. Esta abordagem exige uma mudança, por um lado, na cultura dos Sistemas de Saúde, e por outro, nas atitudes dos profissionais, principalmente em relação à partilha de poder, ao reconhecimento das capacidades daqueles que são cuidados e conseqüentemente ao seu posicionamento na promoção da saúde.

SHUSTER e GOEPPINGER in STANHOPE e LANCASTER (2011) referem que apesar de se ter vindo a dar enfoque à prática de enfermagem centrada na comunidade, muitos enfermeiros continuam a prestar cuidados orientados para o indivíduo e para a família, inseridos na comunidade, permanecendo esta a abordagem mais popular. A comunidade é o cliente apenas quando o foco do enfermeiro é o coletivo ou o bem comum da população e não a saúde individual, ou seja, embora o enfermeiro possa trabalhar com indivíduos, famílias, grupos, agregados, instituições ou dentro de uma população, as mudanças daí resultantes têm de afetar toda a comunidade. Isto significa partilhar não só o poder (empoderamento), mas também a responsabilidade

dos resultados da intervenção. O modelo conceptual mais consensualmente utilizado na prática da Enfermagem Comunitária é o Modelo dos Sistemas de BETTY NEUMAN (1995), por ser aquele que define enfermagem como sendo a “única interessada no modo como as diferentes variáveis afetam os clientes no seu ambiente”. Enfatiza a prática de enfermagem como um todo, no qual, qualquer parte do sistema ou subsistema pode organizar-se como um todo relacionado, que idealmente funciona como um sistema total. Salienta-se o conceito de pessoa enquanto sistema cliente que pode ser o indivíduo, a família, o grupo, a comunidade ou questão social.

NEUMAN (1995) considera o seu trabalho como um modelo de bem-estar, pois perspetiva a saúde como um contínuo do bem-estar, ou estabilidade ótima, sendo consensual com a perspetiva de promoção da saúde.

A perspetiva sistémica permite ao enfermeiro comunitário desenvolver uma prática enriquecedora baseada nas variáveis que caracterizam determinada comunidade, abandonando práticas estereotipadas e visões unilaterais e redutoras. Outra autora da qual interessa mobilizar alguns contributos é NOLA PENDER (2002) com o seu Modelo de Promoção da Saúde (TOMEY e ALLIGOOD, 2004). Esta identifica os fatores cognitivos e percetivos como os principais determinantes no comportamento de promoção da saúde. Salienta-se o conceito de autoeficácia percebida, como sendo o julgamento da capacidade pessoal para organizar e executar um comportamento de promoção da saúde. A autoeficácia percebida influencia as barreiras percebidas à ação e conseqüentemente a mudança comportamental do sistema.

Neste contexto, perspetiva-se que o cliente alvo de cuidados de enfermagem na comunidade, qualquer que seja o sistema que influencie ou seja influenciado, possa melhorar o seu nível de bem-estar, implicando um compromisso e responsabilização de todos os sistemas em interação, assim como a perceção dos benefícios para o sistema cliente/indivíduo, família, grupo ou comunidade. É mediante estes pressupostos que se procura refletir acerca da prática clínica vivenciada, considerando que o enfermeiro comunitário é um mediador entre o saber baseado na evidência e a aplicabilidade deste no seu contexto de cuidados, evoluindo de uma intervenção centrada na relação com o sistema cliente, para uma prática em que se invista na competência deste, ao tornar-se um agente ativo nessa interação (JEREMIAS e RODRIGUES, 2010).

Neste sentido, optou-se pelo conceito de empoderamento comunitário definido por LAVERACK (2008), por estar diretamente relacionado com o de promoção de saúde e por ser dirigido especificamente para o contexto da comunidade. O autor define empoderamento comunitário quer como um processo interactivo e contínuo, e como um resultado, dependendo do ambiente e de todos os sistemas em interação, sendo certo, que este só acontece ultrapassada a barreira individual. Enquanto promotor de saúde o enfermeiro poderá maximizar o empoderamento de uma comunidade quando consegue que o sistema cliente passe da ação individual para a coletiva.



A intervenção pode começar em qualquer fase do contínuo, certo é que só haverá comunidades empoderadas se houver indivíduos e organizações empoderados.

Refletir acerca da prática de enfermagem na comunidade é, sem dúvida uma tarefa complexa. Salienta-se no contexto, o facto de a literacia estar diretamente relacionada com o envolvimento do sistema cliente no seu processo de saúde. A prática reflexiva postula implicitamente que a ação tem vínculos numa representação (PERRENOUD, 2001). Desconstruir o *habitus* instituído, exige um questionamento constante, sendo a mobilização da prática baseada na evidência uma ferramenta imperativa para a prática clínica. Neste sentido iniciou-se a abordagem ao contexto por intermédio de uma revisão sistemática de literatura, seguindo a metodologia de EVANS e PEARSON (2001). Segundo os referidos autores, como ponto de partida para a revisão sistemática da literatura foi formulada a pergunta de investigação:

**“Como se implementa o Empoderamento (I) na perspetiva da Promoção da Saúde na comunidade (O), por intermédio da prática clínica em Enfermagem Comunitária (P)?**  
(formato PI[C]O).

Procurando implementar a metodologia, foi definido o seguinte objetivo: Descrever o empoderamento na perspectiva da promoção da saúde e da comunidade como cliente, pela prática baseada na evidência.

As bases de dados eletrônicas observadas: pela plataforma EBSCO foram a CINAHL Plus with Full Text e a MEDLINE with Full Text. Foram procurados artigos científicos publicados em texto integral em 2011.01.06, publicados entre 2000.01.01 e 2011.01.06, usando as seguintes palavras-chave, na sequência apresentada: **Community Health Nursing AND Empowerment**<sup>5</sup>, para os quais se obteve um total de 95 artigos. Aplicando o filtro cronológico já mencionado, prevaleceram 73 artigos com relevância. No sentido de se poder proceder à seleção dos artigos no âmbito da temática, procedeu-se à leitura do título e do resumo, tendo como ponto de partida os seguintes critérios de Inclusão/Exclusão.

**Quadro I – Critérios de Inclusão/Exclusão dos Estudos**

<b>Critérios de Inclusão</b>	<b>Critérios de Exclusão</b>
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudos onde a população alvo fossem os enfermeiros;</li> <li>- Estudos desenvolvidos em contexto comunitário;</li> <li>- Estudos onde a abordagem do empoderamento fosse apresentada.</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudos em que a população alvo não fosse os enfermeiros;</li> <li>- Estudos desenvolvidos em contexto hospitalar, ou outras instituições de saúde;</li> <li>- Estudos com data anterior 2000;</li> <li>- E todos aqueles sem correlação com a temática em estudo.</li> </ul>

A utilidade de qualquer revisão sistemática depende largamente da qualidade dos estudos incluídos nela. Dos quatro artigos selecionados, três encontram-se no nível seis de evidência e um no nível quatro (GUYATT; RENNIE [2002] e HARRIS [2001], adaptados por MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2005)<sup>6</sup>. Todos os estudos tiveram como participantes “*Public Health Nurses*” (PHN), ou seja, Enfermeiros Especialistas em

<sup>5</sup> Conceitos verificados na base internacional MeSH Browser, em <http://www.nlm.nih.gov/mesh/MBrowser.html>

<sup>6</sup> Modificado por GUYATT; RENNIE (2002) e HARRIS (2001, adaptados por MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2005) propõem vários níveis de evidência: Nível I: Revisão Sistemática ou Meta-análise de estudos experimentais relevantes ou, guidelines da prática clínica baseada em revisões sistemáticas; Nível II: Estudo Experimental; Nível III: Estudo Experimental sem randomização; Nível IV: Estudos de Caso-Controllo ou Coorte; Nível V: Revisão Sistemática de Estudos Descritivos e Qualitativos; Nível VI: Estudo Descritivo e Qualitativo; Nível VII: Opiniões de autoridades e relatórios de comités *experts*.

Enfermagem Comunitária e Saúde Pública, sendo de abordagem predominantemente qualitativa.

Todos os estudos são consensuais no que se refere à falta de investigação em enfermagem no âmbito desta temática, assim como da influência que a política de saúde tem na atitude de prestação de cuidados dos enfermeiros, o que não sendo desculpa, se revela uma limitação da implementação prática do empoderamento. Em síntese, o empoderamento é descrito como um processo construído com base na relação estabelecida entre o enfermeiro e o cliente alvo, assente em competências sólidas de comunicação, que perspetiva a consciencialização e o envolvimento do cliente no seu processo de saúde. Demonstrando efetivamente que quando este passo é conseguido, os resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem verificam-se, sendo certo que o empoderamento de um indivíduo, família ou comunidade tem de ser desenvolvido estrategicamente a longo prazo, para que os comportamentos se enraízem, pois ocorre interactivamente e em reciprocidade com o cliente.

Relativamente aos procedimentos metodológicos adotados na implementação deste projeto, optou-se pela abordagem qualitativa, pois esta caracteriza-se pela produção de dados inerentes à problemática e aos objetivos do projeto. A compreensão e reflexão na prática de um conceito para muitos abstrato, considerou-se, também, uma perspetiva crítica da prática dos cuidados de enfermagem na comunidade. Assim, nesta estratégia procurou conjugar-se várias formas de analisar criticamente e verificar a implementação do empoderamento comunitário, usando em primeira instância a revisão sistemática de literatura, de seguida a observação participante e por fim a entrevista semiestruturada.

Como objetivo central estabeleceu-se analisar criticamente a implementação do empoderamento comunitário, num determinado contexto da prática clínica de enfermagem. Procura-se confrontar o observado com o percebido pelos enfermeiros, sendo transversal o que a evidência propõe para a temática, segundo a revisão sistemática de literatura efetuada.

Foram participantes neste projeto sete dos oito enfermeiros que constituem a equipa de uma Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) do Agrupamento de Centro de Saúde Ribatejo (ACES Ribatejo).

**Quadro II – Caraterização da Equipa incluída no Projeto**

N <sup>o</sup>	Género		Média de Idades	Categoria Profissional	Tempo Médio de Exercício na Profissão	Tempo Médio de Exercício em CSP	Formação em Empoderamento ou Empowerment
	F	M					
7	7	0	38 Anos	2 – Enf. Especialistas em Enfermagem Comunitária;  5 - Enfermeiras	14 Anos	9 Anos	Nenhum elemento na equipa possui

Após a definição da área temática desenvolveu-se a fase exploratória na qual, de acordo com QUIVY e CAMPENHOUDT (1998), se procede à rutura com o senso comum, que somente dão a ilusão de compreensão das coisas. Assim realizou-se uma entrevista exploratória, de forma a determinar se a problemática em investigação era pertinente no contexto, assim como, validar o guião de entrevista a utilizar, a um enfermeiro que integrasse uma equipa de enfermagem numa UCC (diferente daquela em que decorreu o projeto), no ACES Ribatejo. A seleção do enfermeiro a ser entrevistado teve por base o conceito de «informante privilegiado».

Nesta perspetiva foram utilizados dois tipos de instrumentos de colheita de dados: guião orientador para realização da observação participante e o guião orientador para realização da entrevista semiestruturada, validado após a realização da entrevista exploratória. De entre os vários papéis de observador, optou-se pelo de observador participante, que tem um papel conhecido publicamente no ambiente e, em que os objetivos são conhecidos pelo sujeito em situação de estudo, (AMENDOEIRA, 1999). Após a elaboração das notas de campo, nas vertentes descritiva e metodológica conforme referenciadas por BOGDAN E BIKLEN (1994), planeou-se o tratamento dos dados de forma a partir para a análise destes. Tentou-se fazer aquilo que AMENDOEIRA (1999) propõe através de “lentes seletivas”, em que o centro de atenção foi sempre a interação desenvolvida entre o enfermeiro e o indivíduo/família. Houve ocasiões como “insider”, pois a participação na interação requeria estar dentro dela e dela fazer parte integrante. Assim como “outsider”, uma vez que foi permitida a observação da interação sem se ser parte dela, com o objetivo de obter informação

acerca do modo como os enfermeiros percecionam o empoderamento que desenvolvem na sua prática de cuidados ao indivíduo/família em ambiente comunitário.

A estratégia adotada foi a de realizar um “registo condensado” no guião de observação, durante a interação, utilizando frases chave, anotações, descrições do espaço, dos atores e dos acontecimentos, que possibilitassem a posterior realização do “registo expandido”. Relativamente à entrevista, pode-se referir que, mais do que investigar as práticas, esta estratégia debruça-se sobre o sistema de representações (RUQUOY, 1997). Segundo QUIVY e CAMPENHOUDT (1998), optou-se pela entrevista semiestruturada, em que, embora exija um conjunto de questões pré-definidas, se permite ao entrevistado ter alguma liberdade na sua resposta. Nesta perspectiva, definiu-se como objetivo da entrevista obter informação acerca do modo como os enfermeiros percecionam o empoderamento que desenvolvem na sua prática de cuidados ao indivíduo/família em ambiente comunitário.

A opção pelo alvo indivíduo/família na prestação de cuidados em enfermagem comunitária quer na observação participante, quer na realização das entrevistas semiestruturadas, justificou-se pelo facto de LAVERACK (2008) defender que só existirão comunidades empoderadas se existirem indivíduos e famílias empoderados, no contínuo de empoderamento comunitário.

A preocupação de respeitar os valores de cada interveniente no projeto esteve sempre presente ao longo do seu desenvolvimento. Cada enfermeiro deu o seu consentimento, tanto para a observação participante, como para proceder à gravação das entrevistas por meio de áudio, no que se refere às questões de privacidade e sigilo inerentes à utilização dos dados colhidos.

## **RESULTADOS**

Decorrente da metodologia e após a produção de dados, houve algumas interrogações, pois o “corpus” era constituído pelo verbalismo de um certo número de atores diferenciados, a quem tinham sido colocadas questões idênticas. Recorreu-se à análise de conteúdo, segundo BARDIN (2004) com categorização *a posteriori*, sendo que o corpus sobre o qual incidiu a análise de conteúdo, constituído pela totalidade do material obtido por intermédio das observações e das entrevistas. Todos os dados

foram sujeitos ao mesmo tipo de procedimentos, no sentido de descrever e interpretar o seu conteúdo (BARDIN, 2004): tendo-se construído um sistema de categorias.

No sentido de garantir a objetividade e fidelidade da análise foram certificadas as etapas de exclusão mútua, a homogeneidade, a pertinência e a produtividade das unidades de registo e do respetivo sistema de categorias, princípios básicos defendidos pelo autor como essenciais a uma análise fidedigna.

**Quadro III – Sistema de Categorias Emergente**

<b>Tema</b>	<b>Dimensão</b>	<b>Categoria</b>
<b>SISTEMA CLIENTE INDIVÍDUO/FAMÍLIA</b>	<b>Psicológica</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Exaustão do cuidador/cliente</li> <li>• Resistência à mudança</li> </ul>
	<b>Sociocultural</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Participação do cuidador</li> </ul>
	<b>Desenvolvimento</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• História familiar</li> </ul>
<b>PROMOÇÃO DA SAÚDE</b>	<b>Abordagem Tradicional</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ensinar</li> <li>• Decisão concordante</li> <li>• Responsabilização/Compromisso</li> </ul>
	<b>Abordagem Moderna</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Comunicar</li> <li>• Advocacia</li> <li>• Adesão</li> </ul>
<b>PROCESSO DE CUIDADOS</b>	<b>Conceção do cuidado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Centralidade na tarefa</li> <li>• Centralidade no sistema cliente</li> <li>• Reflexão na ação</li> <li>• Ética profissional</li> </ul>
	<b>Organização do Cuidado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Contextual</li> </ul>
	<b>Interação no Cuidado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Prevenção</li> <li>• Manutenção</li> <li>• Reparação</li> <li>• Relação</li> </ul>
	<b>Estratégia de abordagem para o resultado</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Liderança</li> <li>• Negociação</li> <li>• Trabalho de Equipa</li> <li>• Mediação</li> </ul>
<b>AMBIENTE DESENVOLVIMENTO DE CUIDADOS</b>	<b>Espaço Físico</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Domicilio</li> <li>• Escola</li> <li>• Rede Comunitária</li> </ul>

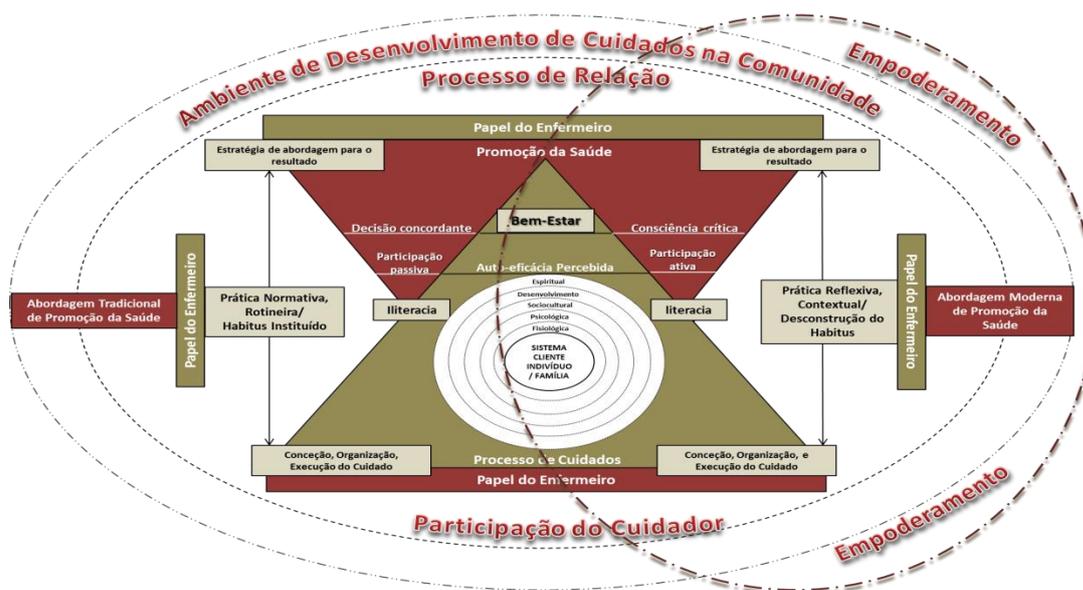
A análise do contexto e do construto teórico efetuado apresentam o fenómeno de empoderamento comunitário sustentado em temas, e dimensões, os quais se apresentam no ponto seguinte através do esquema de análise. Nele apresentam-se as interações estabelecidas entre os diversos sistemas do contexto, onde o núcleo é o sistema cliente indivíduo/família perspetivando o empoderamento comunitário, apresentado no ponto seguinte.

O conceito de empoderamento comunitário não emerge claramente na prática de cuidados de enfermagem analisada. A centralidade atribuída no processo de cuidados ao sistema cliente indivíduo/família, nomeadamente à participação ativa do cuidador, num número significativo de unidades de registo emergentes dos discursos e das observações, salienta-se como ponto de partida para toda a intervenção, o que é confluente com os resultados da evidência obtida por intermédio da revisão sistemática.

A perspetiva sistémica adotada valoriza não só o sistema como um todo e a sua complexidade, mas também a importância dos restantes sistemas envolvidos, havendo dificuldade em estabelecer ligações e associá-las quer de forma proativa, quer de forma reativa. Analiticamente, NEUMAN (1995) e PENDER (2002) serviram de base para a construção do esquema de análise, demonstrativo dos conceitos e estrutura emergentes do corpus das entrevistas e das observações.

Assim, o esquema proposto para a análise do contexto poderá assumir significado reflexivo na equipa e uma análise crítica da sua prática de cuidados. Não descurando o facto de que os próprios clientes se posicionarem num paradigma passivo e pouco crítico em relação à sua situação de saúde, em consonância com PENDER (2002) quando refere que os fatores cognitivos e percetivos são os principais determinantes no comportamento de promoção da saúde. Neste convergem a evidência, a prática observada assim como a perceção verbalizada pelos enfermeiros, contudo o esquema tenta, pelo processo de aprendizagem reflexivo que implicou a sua construção, um grau de abstração que possa vir a servir de ponto de partida para a análise de outros contextos e de outras práticas em enfermagem comunitária.

## Esquema II – Esquema de Análise



Ao analisar-se o processo de cuidados (AMENDOEIRA, 2000) em três das quatro dimensões propostas pelo autor: conceção, organização e interação, não significa que a quarta se não verifique (o registo do cuidado), mas sim que as “lentes” utilizadas na análise se direcionaram antes para a relação estabelecida e para a estratégia adotada pelo enfermeiro para a obtenção de resultados sensíveis aos seus cuidados. A equipa revela-se muito preocupada relativamente a esta temática, no que se refere à visibilidade dos cuidados prestados na comunidade, pois considera que a aplicação informática SAPE ainda não oferece resposta a este tipo de registos.

Assim, o processo de cuidados assume-se no contexto como um espaço de reflexão na ação onde convivem, no mesmo plano, duas abordagens distintas de promoção da saúde, sempre a nível da ação pessoal e familiar e não no plano comunitário, no que se refere ao empoderamento. No dizer de DOWNIE, TANNAHILL e TANNAHILL (2000) in CARVALHO (2007) uma abordagem tradicional e uma abordagem moderna de promoção da saúde.

A primeira tem um foco negativo, sendo mais dirigida à prevenção da doença do que à promoção da saúde onde a dimensão coletiva de saúde não é tida em conta, sendo os esforços dirigidos a alvos individuais. A segunda tem em conta a complexidade da saúde e dos fatores que a influenciam. É explicitamente dirigida não só para a prevenção da doença, mas também para a promoção da saúde. As dimensões da

saúde positiva e negativa são vistas nas suas várias facetas. O processo educacional é participatório nos dois sentidos, e inclui ajudar as pessoas a clarificar os seus valores e a adquirir várias aptidões, com ênfase no fomentar da auto-estima. O desenvolvimento no cliente de uma consciência crítica fomenta assim o empoderamento.

No esquema consideram-se quatro sistemas centrais no processo de cuidados, o sistema cliente indivíduo/família enquanto núcleo central; a promoção da saúde; o papel do enfermeiro na relação que estabelece com o sistema indivíduo/família, cliente de cuidados, e com o cuidador (elemento chave considerado fundamental para o sucesso); e por último o ambiente em que decorre a interação e o cuidado, seja domicílio, escola ou rede comunitária (entendida como todos os recursos humanos e institucionais disponíveis e organizados em articulação e parceria na prestação de cuidados nesta comunidade).

A clarificar também o conceito de bem estar, que surge no esquema de análise no vértice máximo entre o processo de cuidados e a promoção da saúde. Para NEUMAN (1995) o bem estar adquire-se quando as partes do sistema cliente interagem em harmonia, estando as necessidades do sistema satisfeitas (TOMEY e ALLIGOOD, 2004). Nesta perspetiva, a análise reflexiva revela uma dicotomia, pois salienta que só decorrerá empoderamento do sistema cliente se o enfermeiro se situar num paradigma de abordagem moderna de promoção da saúde desenvolvendo uma prática reflexiva com desconstrução do *habitus* instituído, PERRENOUD, mas também decorre da postura que o sistema cliente tem em relação ao seu processo de saúde, sendo transversal a todo este processo a literacia deste.

LOUREIRO e MIRANDA (2010) convergem este ponto de vista pois defendem, que numa ótica de empoderamento, intervir em saúde requer conhecer todo o sistema, o grau de satisfação das pessoas, o seu nível de literacia, os códigos e canais de comunicação estabelecidos e o carácter de participação social, política e ambiental. Neste sentido a formação dos profissionais de saúde direcionada para a promoção da saúde, é fundamental para o processo de alteração de crenças e práticas, perspetivando a efetiva capacidade de participação dos cidadãos em intervir sobre os seus determinantes de saúde e nas decisões que lhes dizem respeito. As suas escolhas, sendo voluntárias realizam-se, a partir da interação entre a oferta disponível e a sua

capacidade de seleção estando condicionadas à posição social de cada um, aquilo a que BOURDIEU (1980) também designou por *habitus* (in LOUREIRO e MIRANDA, 2010). Em síntese, poder-se-á entender a convivência de dois tipos de abordagem de promoção da saúde no contexto analisado, a tradicional e a moderna, sem que daí se saliente uma implementação de empoderamento comunitário consciente. No entanto, sendo uma equipa jovem e com elementos em formação, quer em enfermagem comunitária, quer em enfermagem familiar, pode significar mudanças significativas e refletidas na prática da promoção da saúde a médio ou longo prazo.

Pode assim concluir-se que, no contexto em análise, a prática de clínica de enfermagem comunitária encontra-se, no contínuo de LAYERACK para o empoderamento comunitário ao nível da ação pessoal. Contudo este contexto dispõe de todas as outras ferramentas necessárias, tais como os pequenos grupos dinamizadores (como associações culturais, desportivas e recreativas), organizações comunitárias (várias IPSS's, Cruz Vermelha, entre outros), parcerias instituídas (quer ao nível da UCCC, quer ao nível da autarquia), e uma ação social política participativa em todo o processo. Numa perspetiva sistémica poderá dizer-se que os sistemas estão todos lá, não estarão a interagir em prol da comunidade, numa perspetiva de empoderamento. Aparentemente os stressores estão a interferir nas linhas flexíveis de defesa e a desequilibrar a rede comunitária. O mesmo sucede para os domínios de empoderamento propostos para a existência de empoderamento comunitário. A participação, a liderança, as estruturas organizativas, a apreciação de problemas, a mobilização de recursos, o questionamento, as ligações com outras pessoas e organizações, o papel dos agentes externos e a gestão do programa, são domínios presentes mas incipientes. Pois para ao sistema enfermeiro e o para o sistema cliente caminharem para o empoderamento comunitário, necessitam ambos de repensar o seu papel no processo de cuidados e de saúde. O primeiro devido aos fatores externos que interferem diretamente na sua prática, levando a uma tendência de standardização do cuidado, rotineiro e pouco reflexivo. O segundo necessita compreender qual o seu papel naquilo que são os serviços de saúde, onde ele deve ter um papel ativo, compatível com uma procura constante de equilíbrio e de manutenção de bem-estar, reconhecendo a si próprio o poder de decisão e participação. Não pode fugir a esta síntese final a questão da iliteracia do sistema cliente indivíduo/família,

fator transversal à prática de enfermagem de promoção de saúde. No entanto, o próprio enfermeiro parece não reconhecer para si, o papel de promotor de saúde, como aquele que intercede e antevê as situações antes de elas acontecerem, não é valorizado na sua prática clínica. Ou seja, intervém mas não tem o conceito interiorizado e refletido criticamente, por isso não o incorpora no *seu habitus*. Especificidades de um contexto ou de uma equipa fica a questão..., certo é que são especificidades da enfermagem comunitária, onde a implementação do empoderamento comunitário permanece uma prática em construção.

## **BIBLIOGRAFIA**

- AMENDOEIRA, J. (1999). **A Formação em Enfermagem: Que conhecimento, que contexto**. Universidade Nova de Lisboa. Dissertação de Mestrado. In Repositório do Instituto Politécnico de Santarém, <http://repositorio.ipsantarem.pt/handle/10400.15/90>. Consultado em 18 janeiro 2011.
- AMENDOEIRA, J. O cuidado de enfermagem – Intenção ou ação, o que pensam os estudantes? **Revista Nursing**. Julho/Agosto 2000. pp.8-14.
- ASTON, M., STEWART, D., EDWARDS, N., e YOUNG, L. Public Health Nurses, Primary Health Care Practice: Strategies for Fostering Citizen Participation” **Journal of Community Health Nursing**, Nº26, 2009, pp.24–34, ISSN: 07370016 PMID: 19177270 CINAHL AN: 2010191853.
- BARDIN, L. (2004). **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70.
- BOGDAN, R.; BIKLEN, S. (1994). **Investigação Qualitativa em Educação – Uma Introdução à Teoria e aos Métodos**. Porto: Porto Editora.
- CONFERÊNCIA INTERNACIONAL SOBRE PROMOÇÃO DA SAÚDE, 4, Jacarta, Indonésia, 1997 =Fourth International Conference on Health Promotion, Jacarta, Indonesia, 21-25 July1997 – The Jakarta Declaration on Leading Health Promotion Into the 21st Century.Copenhaga: WHO, 1997.
- CRAVEIRO, A. C. P. **Comissões de acompanhamento externo dos Serviços de Saúde:que contributo para o empowerment dos cidadãos?** Dissertação de Pós-Graduação em Administração Hospitalar, no âmbito do XXVIII Curso de Especialização em Administração Hospitalar 1998/2000. Escola Nacional de Saúde Pública. Universidade Nova de Lisboa, 2000.

- CARVALHO, A. (2007). **Promoção da Saúde: concepções, valores e práticas de estudantes de Enfermagem e de outros cursos do ensino superior**. Tese de Doutoramento. Universidade do Minho: Instituto de Estudos Superiores da Criança.
- DOWNIE, R., TANNAHILL, C., & TANNAHILL, A. (2000). **Health promotion. Models and values**. (2ªed. pp. 9-75). Oxford: University Press. (67 p.)
- EVANS D, PEARSONS A. Systematic reviews: gatekeepers of nursing knowledge. **Journal of Clinical Nursing**. Nº10, Vol. 4, 2001, Setembro, pp.593-599. In <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/11822509>. Consultado em 3/1/2012.
- FALK-RAFAEL, A. R. “Empowerment as a Process of Envolving Consciousness: Model of Empowered Caring”. **Advanced Nursing Science**. Nº24, Vol.1, pp.1–16, ISSN: 0161-9268 PMID: 11554530 CINAHL AN: 2001092311.
- GEORGE, J. B. (2000). Betty Neuman (1995). In George, J. B. e colaboradores. (org). **Teorias de enfermagem: os fundamentos à prática profissional**. (4ª ed.) (pp. 225 – 240). Porto Alegre: Artes Médicas.
- HOWORKA, K., et al. Empowering diabetes out patients with structured education: short-term and long-term effects of functional insulin treatment or perceived control over diabetes. **Journal of Psychosomatic Research**. Nº48, Vol.1, 2000, pp.37-44.
- JEREMIAS, C. e RODRIGUES, F. – O cuidar de Enfermagem ao Sistema Cliente Comunidade. **Revista Nursing Portuguesa**. Nº263, 2010, Novembro, Disponível em [www:URL:http://www.nursingportuguesa.com/conteudo.php?ACBRbVBk=AD5RY1B3WmJXZ1A7ATpXVFEwAmQPdgFgVGoAZ1NI&ADIRaAtela9Xr1tela9Xr1=AGhRPFA1&ADIRaFBcWnhXYVax=&ADVRaFBqWmhXZVA9AQRXaFE7AnMPcAFkVGgAe1NI=AGdROQtela9Xr1tela9Xr1](http://www.nursingportuguesa.com/conteudo.php?ACBRbVBk=AD5RY1B3WmJXZ1A7ATpXVFEwAmQPdgFgVGoAZ1NI&ADIRaAtela9Xr1tela9Xr1=AGhRPFA1&ADIRaFBcWnhXYVax=&ADVRaFBqWmhXZVA9AQRXaFE7AnMPcAFkVGgAe1NI=AGdROQtela9Xr1tela9Xr1). Consultado em dezembro 2010.
- LAVERAK, G. (2008). **Promoção da Saúde, Poder e Empoderamento**. Loures: Lusodidacta.
- LI-CHUNG CHANG; CHIEH-HSING LIU; EDWIN HAN-WEN YEN. “Effects of an Empowerment-Based Education Program (EBEP) for Public Health Nurses in Taiwan”. **Journal of Clinical Nursing**, Nº17, 2008, pp.2782–2790, ISSN: 0962-1067 PMID: 18808647 CINAHL AN: 2010084885.
- LOUREIRO, I., MIRANDA, N. (2010). **Promover a Saúde: dos fundamentos à acção**. Coimbra: Almedina.
- NEUMAN, B. (1995). **The Neuman Systems Model**. 3ª ed. USA: Library of Congress.

- PENDER, N. (2002) in TOMEY, A. e ALLYGOOD, M. (2004). **Teóricas de Enfermagem e a sua Obra: Modelos e teorias de Enfermagem**. 5ªed. Loures: Lusociência.
- PERRENOUD, P. (2001). **“O trabalho sobre o habitus na formação de professores: análise das práticas e tomada de consciência”**. In: Paquay, L.; Perrenoud, P.; Altet, M.; Charlier, *Formando professores profissionais. Quais estratégias? Quas competências?* 2ª ed. São Paulo: Artmed.
- PERRENOUD, P. (2002). **A Prática Reflexiva no Ofício de Professor. Profissionalização e Razão Pedagógica**. Porto Alegre: Artmed
- QUIVY, R; R.; CAMPENHOUDT, L.(1998) **Manual de Investigação em Ciências Sociais**. Gradiva, Lisboa.
- RUQUOY, D. (1997). Situação de entrevista e estratégia do entrevistador. In ALBARELLO, L., DIGNEFF, F., HIERNAUX, J. P., MAROY, C., RUQUOY, D., SAINT-GEORGES, P. (org.). **Práticas e métodos de investigação em ciências sociais**. 1ª ed.. pp. 84 – 116. Lisboa: Gradiva.
- STANHOPE, M. & LANCASTER, J. (org.) (2011). **Enfermagem Comunitária: Promoção da saúde de grupos, famílias e indivíduos**. 7ª ed. Lisboa: Lusodidacta.
- WILLIAMSON, K. “Home Health Care Nurses: perceptions of Empowerment”. **Journal of Community Health Nursing**, Vol.24, Nº3, 2007, pp.133–153. ISSN: 0737-0016, MEDLINE with full text.
- WORLD HEALTH ORGANIZATION. Ministério da Saúde (1986). **Carta de Ottawa para a promoção da saúde**. Lisboa: Divisão da Educação para a Saúde.

# PROGRAMAS DE EDUCAÇÃO SEXUAL EM MEIO ESCOLAR: REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

José Amendoeira<sup>2</sup>; Teresa Carreira<sup>1</sup>; Olímpia Cruz<sup>1</sup>; Hélia Dias<sup>1</sup>&Conceição Santiago<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Instituto Politécnico de Santarém/Escola Superior de Saúde de Santarém/UMIS/UIIPS

<sup>2</sup>Instituto Politécnico de Santarém/Escola Superior de Saúde de Santarém/UMIS/UIIPS/ Investigador Integrado na CESNOVA. Investigador no CIIS/UCP

## RESUMO

A Educação Sexual entendida num processo global da Educação e a Promoção da Saúde tem evidenciado a importância da complementaridade entre as áreas da saúde e da educação. A Lei n.º 60/2009 de 6 de Agosto define as bases gerais de aplicação em meio escolar, o Programa Nacional de Saúde 2012-2016 contempla necessidades específicas na puberdade e juventude, vistos como períodos privilegiados de aquisição de comportamentos saudáveis. O objetivo é analisar estudos empíricos que integrem programas de intervenção na educação para a sexualidade em adolescentes em meio escolar. Para esse fim são utilizados métodos de Revisão Sistemática de Literatura pelo método PI[C]OD com a questão: Quais os programas de intervenção na educação para a sexualidade em adolescentes? Com artigos publicados nas bases de dados da Interface – EBSCOhost, de 2003 a 2013, resultando 8 artigos.

Emerge como consenso a importância da implementação e avaliação de programas de educação sexual em meio escolar, evidenciando-se linhas estratégicas de intervenção para adolescentes, pais e professores e avaliação do impacto que têm nas mudanças de comportamento sexual dos adolescentes.

A educação sexual na adolescência assenta numa tomada de decisão informada e no desenvolvimento de conhecimento e habilidades que promovam uma vivência saudável da sexualidade, o que consubstancia o atual projeto desenvolvido.

**Palavras-chave:** Programas, Educação, Sexualidade, Adolescente

## **ABSTRACT**

Sexual Education construed in global process of Education and Health Promotion has shown the importance of complementarity between the areas of health and education. The Law n. º 60/2009 of August 6 sets out the basis for general application in schools, the National Health Programme 2012-2016 includes specific requirements at puberty and youth, seen as privileged periods of acquiring healthy behaviors. **Objective:**Analyze empirical studies that integrate the intervention programs in the sexual education for adolescents in schools. **Methods:**Systematic Literature Review by PI[C]OD method with the question: What are the intervention programs in the sexual education for adolescents? With the articles published in the databases Interface - EBSCOhost, 2003-2013, resulting 8 articles. **Results:** Consensus emerges as the importance of the implementation and evaluation of sex education programs in schools, demonstrating strategic lines of intervention for teenagers, parents and teachers and evaluation of the impact of changes in the sexual behavior of adolescents. **Conclusion:** Sexual education during adolescence based on an informed decision-making and the development of knowledge and skills that promote healthy living sexuality, which constitutes at present the project developed.

**Keywords:** Programs, Education, Sexuality Teenager

## **INTRODUÇÃO**

A plasticidade da evolução social na sociedade contemporânea contribui para uma diversidade de formas de viver a adolescência, com a criação de sub culturas próprias e diversidade de personalidades que se traduzem em estilos de vida díspares. É neste contexto de mudança social e singularidade de transição da infância para a vida adulta que a adolescência nas suas diferentes esferas se torna num período dinâmico e complexo cheio de oportunidades e riscos <sup>1,2</sup>. Neste sentido, a literatura tem demonstrado que, ao nível da sexualidade, muitos aspetos necessitam de serem trabalhados e discutidos ao longo do crescimento e desenvolvimento de cada jovem<sup>2,3</sup>. As políticas de saúde ligadas a este grupo etário têm ganho um protagonismo cada vez maior. Em torno das políticas nacionais, o Plano Nacional de Saúde - 2012-2016 contempla nos seus objetivos, as necessidades específicas em momentos

particularmente importantes no ciclo de vida, concretamente a puberdade e a juventude como períodos privilegiados de comportamentos saudáveis<sup>4</sup>. Por sua vez, a Lei n.º 60/2009 de 6 de Agosto e a Portaria n.º 196-A/2010 de 9 de Abril, estabelecem as bases gerais do regime de aplicação da educação sexual em meio escolar<sup>5,6</sup>. Assim, a Escola como agente de socialização no desenvolvimento das crianças e jovens tem hoje a missão de estimular o desenvolvimento de atitudes, de afetos e de valores na família, na escola e na sociedade, assim como criar condições que permitam capacitar cada cidadão para lidar com a sexualidade na base do respeito por si próprio e pelos outros<sup>1</sup>.

O projeto “Escola Promotora de Saúde” da ESSS que teve o seu início em 2009, tem sido desenvolvido em parceria com Escolas Básicas EB 2,3 Ciclos e Secundárias o qual tem privilegiado a abordagem da sexualidade com estudantes, pais e professores. Ao nível dos estudantes tem-se valorizado, para além da informação sexual, uma discussão de valores sócio-afetivos, promotores da construção de um quadro de referências pessoal, indispensável a uma tomada de decisão consciente e responsável no domínio da saúde sexual e reprodutiva. No que concerne aos temas abordados no âmbito dos 2º e 3º ciclos, incidimos na sexualidade pré-pubertária e puberdade promovendo uma discussão sobre as mudanças biofisiológicas do sistema reprodutor feminino e masculino, do processo de formação da identidade sexual e de género e, também, nas mudanças na capacidade de integração social, mais concretamente a integração de grupos de rapazes e raparigas. Ao nível do secundário são trabalhadas as implicações das alterações psicosexuais produzidas durante a puberdade, nomeadamente o novo corpo sexuado e a mudança da imagem corporal e os riscos associados à sexualidade como a gravidez não desejada e infeções sexualmente transmissíveis.

Posto isto, a educação sexual entendida como um processo global de educação e de promoção da saúde é hoje uma realidade em que os estudos revelam a existência de uma redução de comportamentos de risco e um aumento de comportamentos preventivos, pela implementação de programas adequados de educação sexual. A literatura ao nível internacional, revela que o receio da abordagem nas escolas de temas sobre educação sexual aumente o incentivo a comportamentos sexuais precoces o que não se verifica, mas sim, pelo contrário, verifica-se um adiamento na

iniciação da atividade sexual nos jovens e ainda uma redução de comportamentos de risco e aumento de comportamentos preventivos<sup>1,2</sup>.

Emerge assim, a necessidade de conhecer que tipos de programas têm sido implementados ao nível da educação para a sexualidade em meio escolar, utilizando-se a seguinte questão de pesquisa: Quais os programas de intervenção na educação para a sexualidade em adolescentes?

## **OBJETIVO**

Analisar estudos empíricos que permitam compreender programas de intervenção de educação sexual para adolescentes, implementados em meio escolar.

## **MÉTODO**

Recorrendo à Revisão Sistemática da Literatura utilizamos a estratégia PI[C]OD<sup>7</sup>, no sentido de dar resposta à questão formulada, onde os Participantes do estudo fossem os adolescentes, procurando encontrar as Intervenções de educação para a sexualidade efetuadas, com Comparações ou não, integradas em programas educativos no âmbito da sexualidade em adolescentes (outcomes), em estudos de natureza quantitativa ou qualitativa. Construiu-se o protocolo de revisão descrito no Centre for Reviews and Dissemination<sup>8</sup>, utilizando-se as fases deste processo como estrutura organizadora do presente documento.

A pesquisa bibliográfica de evidência foi realizada no dia 20 de Março de 2013, recorrendo-se às bases de dados da Interface – EBSCOhost: CINAHL Plus with Full Text; MEDLINE with Full Text; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive e MedicLatina, no friso cronológico de 01/01/2003 a 28/02/2013, com o recurso aos descritores MeSH Browser e com a seguinte expressão de pesquisa, após combinação das componentes da estratégia PI[C]OD: “programs AND education AND sexuality AND adolescent”<sup>8,9</sup>.

Tendo em atenção as componentes orientadoras de pesquisa foram considerados os seguintes critérios de inclusão:

- Estudos com texto completo e referências disponíveis;
- Período cronológico de 01/01/2003 a 28/02/2013;
- Artigos publicados em português, inglês e espanhol.

E como critérios de exclusão:

- Estudos que não se reportassem à educação sexual dos adolescentes em meio escolar;
- Estudos focalizados apenas na prevenção/transmissão do HIV ou na gravidez na adolescência ou com associação a doença mental na adolescência.

Dos 61 artigos identificados, deu-se seguimento à fase de seleção dos estudos; pela análise dos títulos e resumos e mobilizando os critérios de inclusão e exclusão foram rejeitados 49 estudos; após leitura integral foram rejeitados mais 4 artigos tendo resultado assim 8 artigos para esta revisão.

## RESULTADOS

Numa análise descritiva dos 8 artigos analisados em que consideramos como eixo organizador as dimensões da estratégia PI[C]OD, procurámos dar uma visão geral e caracterizadora dos diferentes artigos, no que diz respeito à identificação, objetivos, metodologia, participantes, intervenções, principais resultados e nível de evidência, conforme se pode observar no Quadro 1.

Assim, em termos gerais, constatamos nas dimensões comuns aos diferentes artigos o seguinte:

- Na dimensão **Identificação**, em relação ao país de origem, três (3) artigos são dos EUA e os restantes da China, Tailândia, África do Sul e Tanzânia, Taiwan e Canadá. Tendo em conta o limite temporal estabelecido para o estudo [2003-2010], no que se refere ao ano, três (3) reportam-se a 2010, dois (2) a 2008, um (1) a 2009 e outro a 2006;
- Na dimensão **Objetivos** todos os estudos se preocupam em descrever e analisar a eficácia dos projetos/programas de educação sexual implementados em meio escolar, tendo em atenção os currículos, intervenientes e contexto sociocultural; quatro (4) procuram fundamentar a conceção dos programas com base em teorias cognitivas e comportamentais;
- Quanto à **Metodologia**, quatro (4) dos estudos enquadram-se num paradigma dedutivo com uma metodologia quantitativa, um (1) num paradigma indutivo utilizando uma metodologia qualitativa, outro (1) opta por uma metodologia mista e dois (2) reportam-se a evidência científica proveniente de peritos na área da saúde sexual e reprodutiva em adolescentes.

- No que diz respeito aos **Participantes** todos incluem os principais intervenientes na promoção da saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes em meio escolar: os próprios adolescentes com idades entre os 10 e os 18 anos, os pais e os professores/educadores;
- Relativamente às **Intervenções** realizadas todos procuram dar voz aos adolescentes, pais e professores, utilizando entrevistas, questionários, implementação de projetos ou programas, procurando identificar as suas opiniões e necessidades;
- Nos principais **Resultados** constatamos uma congruência de opiniões na necessidade de um envolvimento dos principais intervenientes nos programas, valorizando uma adequação dos currículos e do ambiente escolar à promoção da saúde sexual e reprodutiva do adolescente e ainda, uma adequação dos projetos/programas às necessidades da comunidade;
- Quanto ao **Nível de evidência** estes variam entre o nível I e o VII<sup>7</sup>.

**Quadro 1 – Síntese caracterizadora dos artigos analisados**

E	Identificação	Objetivos	Metodologia	Participantes	Intervenções	NE
1	<p><b>Título</b> Community-Level Successes and Challenges to Implementing Adolescent Sex Education Programs</p> <p><b>Autores</b> Ott, M. A.; Rouse, M.; Resseguie, J.; Smith, H. &amp; Woodcox, S.</p> <p><b>Ano/País</b> 2010/ EUA</p>	<p>▪ Descrever os êxitos e desafios enfrentados pelas Organizações da Comunidade na seleção, implementação, adaptação e avaliação de programas de educação sexual para o adolescente.</p>	<p><b>Tipo de estudo</b> Qualitativo</p> <p><b>Instrumentos</b> - Entrevistas semi-estruturadas, via telefone</p>	<p>▪ Diretores de Programas de educação sexual para adolescentes e educadores de saúde, no âmbito do Programa Indiana RESPECT</p>	<p>▪ Realizadas entrevistas incidindo na utilização ou não de práticas baseadas na evidência científica e recomendadas para educação sexual dos adolescentes, durante o desenvolvimento, implementação e avaliação dos programas</p>	VI
<p><b>Resultados</b></p> <p>▪ Da análise do programa Indiana RESPECT releva-se 3 dimensões:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- <u>Currículos</u> - objetivos focalizados na promoção da saúde sexual do adolescente</li> <li>- <u>Envolvimento dos pais</u> – implementação de sessões em grupo e individuais</li> <li>- <u>Avaliação dos programas</u> - integram a avaliação tanto do processo como dos resultados</li> </ul> <p>▪ É consensual a importância de programas baseados na evidência científica, e o envolvimento das escolas e comunidades de saúde pública, por permitirem programas mais sensíveis às necessidades dos adolescentes</p>						
2	<p><b>Título</b> Development of a theory-based sexual and reproductive health promotion and HIV prevention program for Chinese early adolescents</p> <p><b>Autores</b> Jingfang, H. J.; Fongkaew, W.; Senaratana, W. &amp; Tonmukayakul, O.</p> <p><b>Ano/País</b> 2010/China</p>	<p>▪ Desenvolver uma teoria orientada pela prática baseada na ciência no desenvolvimento, implementação e avaliação do programa Saúde Sexual e Reprodutiva (SRH) e programa de prevenção de HIV para promover SRH entre adolescentes chineses na província de Anhui, China.</p>	<p><b>Tipo de estudo</b> Quantitativo experimental</p> <p><b>Instrumentos</b> - Aplicação do Modelo Information-Motivation-Behavioral (IMB)</p>	<p>▪ 102 adolescentes entre <u>10-14 anos</u>, do sexo M e F</p> <p>▪ 15 professores</p> <p>▪ 12 pais dos adolescentes</p>	<p>▪ Investigação- acção com 3 fases:</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1- Avaliação das necessidades de educação sexual dos adolescentes precoces</li> <li>2- Conceção do programa</li> <li>3- Implementação e avaliação do programa</li> </ol>	II
<p><b>Resultados</b></p> <p>Uma abordagem de colaboração técnica foi útil na conceção, implementação e avaliação do programa</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ As mudanças comportamentais nos adolescentes chineses com a aplicação do Modelo IMB foram semelhantes às dos países ocidentais</li> <li>▪ O envolvimento de adolescentes, pais e professores, desde a conceção dos programas foram determinantes favoráveis à promoção da saúde sexual do adolescente</li> </ul>						

▪O envolvimento dos pais reduziu o conflito e os constrangimentos, capacitando-os para a criação de um ambiente favorável

<p><b>3</b> <b>Título</b> Does positive youth development predict adolescent attitudes about sexuality? <b>Autores</b> Chapman, E.N.&amp; Werner-Wilson, R. J. <b>Ano/País</b> 2008/EUA</p>	<p>▪ Explorar a relação entre os fatores individuais, fatores parentais, envolvimento em atividades e atitudes de adolescentes a respeito de sexo</p>	<p><b>Tipo de estudo</b> Quantitativo  <b>Instrumentos</b> - Escala instrumento piloto NG1002</p>	<p>▪ 304 adolescentes entre <u>10 a 18 anos</u>, (44% M e 56% F)</p>	<p>▪ Utilização da escala NG 1002 que integra PYD (Positive Youth Development) relacionando as variáveis sexualidade do adolescente, aspetos da relação pais-adolescentes e a PYD</p> <p style="text-align: right;"><b>II</b></p>
---	---	---	--	---

**Resultados**

▪ Os resultados demonstram que a inclusão da PYD nos programas de educação sexual para adolescentes, promovem uma sexualidade saudável para os jovens

<p><b>4</b> <b>Título</b> Early Predictors of Sexual Behavior: Implications For Young Adolescents and Their Parents <b>Autores</b> Lieberman, L. D. <b>Ano/País</b> 2006/EUA</p>	<p>▪ Verificar nos estudantes dos 6º, 7º e 8º grau de escolaridade características preditoras de atividade sexual no 9º grau</p>	<p><b>Tipo de estudo:</b> Evidência por comissão especialista <b>Instrumentos</b> - Análise de estudo empírico</p>	<p>▪ 2500 alunos, 6º, 7º, 8º grau de escolaridade</p>	<p>▪ Realizado em escolas do ensino médio que integravam programas de educação sexual intensivos, para a redução de comportamentos sexuais de risco</p> <p style="text-align: right;"><b>VII</b></p>
--	--	--	---	--

**Resultados**

**O impacto das diferenças de idade**

- As sementes para as relações sexuais de risco são semeadas no início da adolescência
- Os relacionamentos românticos não-sexuais em idades precoces da adolescência contribuem para o início da relação sexual no 9º grau
- Os pais podem não sentir necessidade de uma monitorização cuidada nestes tipos de relacionamentos

**Implicações para os programas educacionais**

- A relação entre a cultura e comportamento sexual na adolescência e a interação entre etnias e estilos parentais, podem ser fatores preditores do comportamento sexual de adolescentes
- Os programas de educação sexual em escolas e os programas-base de educação sexual para pais devem abordar a sexualidade dentro do contexto de amor e intimidade, como tema potencial para a redução da prevalência de relacionamentos românticos precoces e fornecer alguma proteção logo no início precoce das relações sexuais

<p><b>5</b> <b>Título</b> Effects of the culturally-sensitive comprehensive sex education programme among Thai secondary</p>	<p>▪ Avaliar a eficácia de um programa de educação sexual abrangente culturalmente sensível (CSCSEP), entre</p>	<p><b>Tipo de Estudo</b> Quase-experimental: Grupo controle e</p>	<p>▪ Amostra de conveniência de 552 alunos do ensino médio, com</p>	<p>▪ O programa CSCSEP concebido foi baseado na teoria da aprendizagem social de Bandura e em programas de educação sexual com evidência de</p> <p style="text-align: right;"><b>I</b></p>
--	---	---	---	--

<p>school students <b>Autores</b> Thato, R.; R.A. Jenkins, R. A.&amp; Dusitsin, N. <b>Ano/País</b> 2008/ Tailândia</p>	<p>estudantes de escolas secundárias Tailandesas</p>	<p>grupo com CSCSEP <b>Instrumentos</b> - Questionários dirigidos, no início do estudo (T0), 3 meses (T1) e 6 meses (T2)</p>	<p>idade <u>13-18 anos</u>, em 2 escolas secundárias comparáveis em Bangkok - Uma amostra aleatória de 261 alunos por escola</p>	<p>eficácia, enfatizando valores e cultura tailandesa ▪Um grupo focus analisou o protocolo CSCSEP e materias usados ▪Questões aos alunos sobre: o comportamento sexual e uso de preservativo; intenção de recusar o sexo e de usar preservativo e conhecimento sobre IST , HIV/SIDA e gravidez</p>
<p><b>Resultados</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ A utilização do programa de educação sexual completo (CSCSEP) pode atrasar o início da atividade sexual e reduzir comportamentos sexuais de risco</li> <li>▪ Enfermeiros de saúde pública e a escola podem desempenhar um papel importante, aplicando o CSCSEP</li> </ul>				
<p><b>6</b> <b>Título:</b> Promoting sexual and reproductive health in early adolescence in South Africa and Tanzania: Development of a theory- and evidence-based intervention programed <b>Autores</b> Aarø, L. E.; Flisher, A. J.; Kaaya, S.; Onya, H.; Fuglesang, M.; Klepp, K. &amp; Herman, S. <b>Ano/País</b> 2006/Africa do Sul e Tanzânia</p>	<p>▪ Demonstrar a aplicabilidade de um projeto de educação sexual e reprodutiva- (SATZ) em países não ocidentais</p>	<p><b>Tipo de Estudo</b> Investigação ação (trabalho de campo) <b>Instrumento</b> - Aplicação do projeto SATZ</p>	<p>▪ Estudantes entre <u>12 e 14 anos</u></p>	<p>▪ Investigação-ação contemplando as etapas do projeto: - Avaliação das necessidades - Planejamento da intervenção - Definição de estratégias - Implementação com monitorização e intervenção - Avaliação dos resultados</p> <p style="text-align: right;"><b>III</b></p>
<p><b>Resultados</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪ Nos comportamentos sexuais devem ser contemplados os aspetos sócio culturais</li> <li>▪ A importância do envolvimento dos adolescentes e professores nas diferentes fases do projeto</li> </ul>				
<p><b>7</b> <b>Título</b> Relationships among sexual self-concept, sexual risk cognition and sexual communication in adolescents: a structural equation model <b>Autores</b></p>	<p>▪ Testar um modelo de auto-conceito sexual e cognição de risco sexual que influenciam a comunicação sexual em adolescentes taiwaneses</p>	<p><b>Tipo de Estudo:</b> Quantitativo transversal <b>Instrumentos:</b> - 3 escalas:</p>	<p>▪ Amostra de conveniência de 748 estudantes universitários de medicina, enfermagem e</p>	<p>▪ Com recurso a técnicas de modelagem de equações estruturais (SEM) e com aplicação de escalas foram formuladas 3 hipóteses: - Auto-conceito sexual (variável independente)</p> <p style="text-align: right;"><b>I</b></p>

<p>Lou, JH.; Chen, SH.;Li, RH. &amp; Yu, HY.  <b>Ano/País</b>  2010/ Taiwan</p>	<p>SSCI – auto- gestão do sexo M e - Conhecimento dos riscos e  conceito sexual F entre <u>16-18 anos</u> comunicação(varáveis dependentes)  SRCQ – cognição do  risco sexual  SCS – comunicação  sexual</p>			
<p><b>Resultados</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪O auto conceito sexual está associado a uma auto estima positiva e a um comportamento sexual seguro, e tem uma influência positiva sobre o conhecimento dos comportamentos sexuais de risco e comunicação ao nível da sexualidade</li> <li>▪ Quanto maior for a comunicação sobre sexualidade com adolescentes, em particular, a comunicação pais/adolescentes, maior será o auto-conceito sexual e o conhecimento dos riscos</li> <li>▪Na promoção da saúde sexual, é altamente recomendável que os adolescentes aprendam o significado de auto-conceito sexual e adquiram conhecimentos corretos sobre a compreensão da sexualidade e a avaliação adequada do risco</li> </ul>				
<p><b>8 Título</b>  Sexual health education in the schools: Questions &amp; answers  <b>Autores</b>  McKay, A.  <b>Ano/País</b>  2009/Canadá</p>	<p>▪Fornecer respostas a perguntas sobre educação sexual</p>	<p><b>Tipo de Estudo</b>  Evidência por comissão especialista  <b>Instrumento</b>  - Sondagem de opinião  (Agência do Canadá para a educação sexual - Diretrizes de Saúde Pública)</p>	<p>▪Respostas baseadas em evidências científicas acerca de questões relacionadas com a educação sexual de adolescentes em meio escolar</p>	<b>VII</b>
<p><b>Resultados</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>▪As diretrizes canadenses para a educação sexual, baseadas em evidências científicas, fornecem um guia claro e fácil que contempla o início, implementação e avaliação da educação sexual em meio escolar</li> </ul>				

Legenda: E=Estudo; NE= Nível de Evidência

## DISCUSSÃO

Tendo em atenção à questão de partida orientadora deste estudo consideramos que a análise dos artigos selecionados deu uma resposta significativa. Das evidências científicas encontradas, destacamos dois eixos organizadores dos programas de educação sexual - o **Planeamento** e **Aspetos Transversais**, e em cada um dos eixos áreas emergentes, que passamos a descrever de seguida:

### ▪Planeamento

Todos os estudos se preocupam em evidenciar a importância de um planeamento dos programas a implementar em meio escolar e onde destacam as seguintes áreas:

- *Identificação das necessidades*: Todos os estudos reforçam a importância da identificação das necessidades, o que revela que os programas não podem ser generalizados e prescritos mas sim direcionados para os objetivos e interesses do grupo de adolescentes a que se reportam;

- *Conceção*: No que diz respeito à conceção, comprovam a valorização da informação científica e uma orientação sustentada em teorias do desenvolvimento cognitivo e social, sendo que alguns dos estudos evidenciam as diferenças significativas entre os programas de abstinência e os programas de educação sexual abrangente ao nível da promoção da saúde sexual e prevenção de comportamentos de risco nos adolescentes<sup>10,11,12,13</sup>;

- *Operacionalização*: Quanto à operacionalização salienta-se a tendência de programas de educação sexual em se focalizarem em determinadas áreas preventivas como sejam a gravidez na adolescência, ITS e na adequada utilização de métodos contraceptivos, em detrimento de outras dimensões da sexualidade necessárias para a aquisição de competências para a tomada de decisões responsáveis, recusa de comportamentos não desejados e desenvolvimento das competências de comunicação<sup>11,14</sup>; realça-se ainda a redução do número de horas para abordagem dos conteúdos dos programas o que é revelador da necessidade de investimento na sensibilização, formação e comunicação articulada com os professores ou outros parceiros influenciadores no processo de educação sexual em meio escolar<sup>10,15</sup>;

- *Avaliação*: Quanto à avaliação há evidências de lacunas na avaliação dos programas implementados, dado que é principalmente avaliado o nível de informação adquirida

pelos estudantes e pouco se avalia o impacto em termos do desenvolvimento ao longo do ciclo de vida, particularmente as mudanças de comportamentos sexuais<sup>12,17</sup>.

Destaca-se ainda nesta área de avaliação dos programas, o envolvimento e participação dos principais agentes dinamizadores (pais, professores e profissionais de saúde) nas diferentes etapas, por serem considerados como essenciais para a eficácia dos programas de educação sexual em meio escolar<sup>11,13</sup>. No entanto, os pais continuam a ser um desafio pela reduzida taxa de adesão aos mesmos, como são exemplo programas que integram sessões noturnas com fraca taxa de participação dos pais e o abandono de programas formais para pais, privilegiando-se questões específicas e preocupações individuais<sup>10,17</sup>.

#### ▪Aspetos transversais:

Os estudos mostram, que independentemente da sua origem os projetos/programas de educação sexual para adolescentes podem ser implementados desde que se tenham em consideração duas áreas que se mostraram como transversais em todas as etapas dos programas:

- *Cultura*:As questões culturais, quer as que são emergentes do meio familiar, bem como as que se relacionam com todos os agentes educativos envolvidos no processo educativo, são valorizadas como fatores influenciadores. Assim, os estudos mostram que os jovens navegam entre limites e expectativas, na tentativa de praticar valores positivos face às pressões dos pais e da sociedade, que tentam limitar as trocas íntimas e comportamentos<sup>11,12,15</sup>;

*Dimensão ética*: Evidencia-se a necessidade de um quadro ético de referência, unificador da diversidade dos valores pessoais, familiares e culturais face ao pluralismo com que nos deparamos nos dias de hoje<sup>11,13,15</sup>.

## CONCLUSÃO

A sustentabilidade científica dos estudos e as variáveis que mobilizam permitiram-nos considerar que o percurso do projeto que temos desenvolvido se enquadra nas linhas promotoras da saúde sexual dos adolescentes em meio escolar, nomeadamente no papel de agentes promotores de uma sexualidade saudável durante a adolescência.

Por outro lado, deram contributos importantes na identificação de estratégias/ferramentas para avaliar os pontos fortes e fragilidades do programa

implementado e ainda, permitiu consolidar a importância da avaliação do impacto do programa na mudança de comportamentos dos adolescentes, sendo esta necessidade de avaliação dos programas de educação sexual utilizados em meio escolar, reconhecida na literatura, como uma das lacunas encontradas.

## **BIBLIOGRAFIA**

1. Marques, A. M.[coord.] ; Prazeres, V. [coord.] ; Pereira, A. ; Vilar, D. ; Forreta, F. ; Cadete, J. & Meneses, P. F. (2000). *Educação Sexual em Meio Escolar – Linhas Orientadoras*. Lisboa: Ministério da Educação e Ministério da Saúde.
2. Lopez, F. & Fuertes, A. (1995). *Para compreender a sexualidade*. Lisboa: APF.
3. Carvalho, C. (2008). *Guia de Educação da Sexualidade*. Lisboa: Fundação Secretariado Nacional de Educação Cristã.
4. PORTUGAL. Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Lisboa: DGS, 2012.
5. PORTUGAL. Assembleia da República - Lei n.º 60/2009. Estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar. *Diário da República*, Lisboa, I Série (151) 6 Agosto 2009, 5097-5098.
6. PORTUGAL. Ministério da Saúde e da Educação - Portaria n.º 196-A/2010. Regulamentação da Lei n.º 60/2009. *Diário da República*, Lisboa, I Série (69) 9 Abril 2010, 1170(2) -1170(4).
7. Melnyk & Fineout-overholt (2005). Rating System for Hierarchy of Evidence. Disponível em <http://www.med.yale.edu/library/nursing/education/clinquest.html>
8. Higgins, J., Green, S.(2009). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions Version 5.0.2* [em linha]. The Cochrane Collaboration, 2009. Disponível em [WWW:< URL:www.cochrane-handbook.org>](http://www.cochrane-handbook.org).
9. Santos, C.M.C; Pimenta, C.A.M. & Nobre, M.R.C. (2007,maio-junho). A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev Latino-am Enfermagem*, 15(3). [www.eerp.usp.br/rlae](http://www.eerp.usp.br/rlae).
10. Ott, M. A.; Rouse, M.; Resseguie, J.; Smith, H. & Woodcox, S. (2010). Community-Level Successes and Challenges to Implementing Adolescent Sex Education Programs . *Matern Child Health J*,15,169–177.
11. Jingfang, H. J.; Fongkaew, W.; Senaratana, W. & Tonmukayakul, O. (2010). Development of a theory-based sexual and reproductive health promotion and HIV

prevention program for Chinese early adolescents. *Nursing and Health Sciences* ,12, 360–368.

12. Chapman, E.N.& Werner-Wilson, R. J. (2008). DOES POSITIVE YOUTH DEVELOPMENT PREDICT ADOLESCENT ATTITUDES ABOUT SEXUALITY? *ADOLESCENCE*, 43, 171.

13.Lieberman, L.,D. (2006,June). Early Predictors of Sexual Behavior: Implications For Young Adolescents and Their Parents/.*Perspectives onSexual and Reproductive Health*, 38 (2), 112-114.

14. Thato, R.; R.A. Jenkins, R. A. & Dusitsin, N.(2008). Effects of the culturally-sensitive comprehensive sex education programme among Thai secondary school students. *Journal ofAdvanced Nursing*, 62 (4), 457-469.

15. Aarø, L. E.; Flisher, A. J.; Kaaya, S.; Onya, H.;Fuglesang, M.; Klepp, Kl. & Herman, S.(2006). Promoting sexual and reproductive health in early adolescence in South Africa and Tanzania: Development of a theory- and evidence based intervention programme *Scandinavian Journal of Public Health*, 34, 150–158.

16. Lou, JH.; Chen, SH.;Li, RH. & Yu, HY.(2010). Relationships among sexual self-concept, sexual risk cognition and sexual communication in adolescents: a structural equation model. *Journal of Clinical Nursing*, 20, 1696-1704.

17. McKay, A. (2009)Sexual health education in the schools: Questions & answers (3a edition).Sex Information and Education Council of Canada (SIECCAN) 2009. *Canadian Journal of Human Sexuality*, 18 (1-2), 47-60.

# SIMULAÇÃO NA EDUCAÇÃO EM ENFERMAGEM. CONCEITOS EM TRANSIÇÃO

José Amendoeira<sup>2</sup>; Celeste Godinho<sup>1</sup>; Alcinda Reis<sup>1</sup>; Rosário Pinto<sup>1</sup>;

Mário Silva<sup>1</sup> & Júlia Santos<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Instituto Politécnico de Santarém – Escola Superior de Saúde de Santarém/UMIS/UiIPS

<sup>2</sup>Instituto Politécnico de Santarém – Escola Superior de Saúde de Santarém/UMIS/UiIPS. Investigador no CIIS/UCP

## RESUMO

A educação em enfermagem tem vindo a desenvolver estratégias que se adequam não apenas à complexidade crescente da aprendizagem dos cuidados de saúde mas de forma concreta ao cuidado de enfermagem.

A cooperação estratégica entre os diferentes contextos de aprendizagem atingiu uma elevada maturidade, no entanto, diferentes intervenientes identificam cada vez mais a importância da aquisição de competências em ambiente controlado, como forma de promover a autoconfiança, a autoeficácia, a satisfação dos estudantes garantindo a segurança das pessoas, enquanto sujeitos de cuidados.

O ensino clínico constitui-se como matriz essencial à aquisição de saberes e de competências pelos estudantes, demonstrando os resultados da investigação desenvolvida, a necessidade de o redefinir concetual e curricularmente.

Neste ensaio, pretendemos aprofundar teoricamente os conceitos em uso, associando a relevância da simulação à aquisição e desenvolvimento de competências por parte dos estudantes de enfermagem de primeiro e segundo ciclos de estudos. Para o efeito concretizámos uma revisão de literatura nas plataformas EBSCO e Proquest-Hospital Collection.

Concluimos pela pertinência em desenvolver esta temática, projetando-se uma Revisão Sistemática de Literatura sobre a mesma.

**Palavras – chave:** Simulação em enfermagem; Competências; Educação; Ensino Clínico

## **ABSTRACT**

The nursing education has been developing strategies that fit not only to the increasing complexity of learning of healthcare and concrete form of nursing care.

The strategic cooperation between different learning contexts reached a high maturity, however, different stakeholders identify increasingly the importance of acquiring skills in a controlled environment in order to promote self-confidence, self-efficacy, satisfaction, and ensure students the safety of persons, as subjects of care.

Clinical training is as essential matrix to the acquisition of knowledge and skills by students, showing the results of research carried out, the need to conceptual and curricular redefinition.

In this essay, we intend to deepen the theoretical concepts in use, associating the relevance of the simulation to the acquisition and development of skills by nursing students of first and second cycle studies. To this end, we completed a literature review on the platforms EBSCO and ProQuest Hospital Collection-.

We conclude with relevance to developing this theme, projecting a Systematic Literature Review as the methodology in a first step.

**Keywords:** Simulation in Nursing; Competencies, Education, Clinical Education

## **INTRODUÇÃO**

A educação em enfermagem no século XXI é desafiada a encontrar formas mais eficazes de aprendizagem pelos estudantes como participantes ativos no processo de aprender, no qual se pretende que sejam parceiros.

Os planos de estudos do curso de licenciatura em enfermagem concretizam-se num ciclo de quatro anos desde 1999, mantendo uma percentagem de horas para ensino clínico igual à proposta para ensino teórico e, onde o ensino clínico integra diferentes estratégias de aprendizagem, nomeadamente workshops, seminários e práticas laboratoriais.

De acordo com Martin<sup>1</sup> (1991, p.162), ensino clínico pode ser considerado “como um meio privilegiado na formação do estudante de enfermagem, porque permite a individualização do ensino, o contacto privilegiado pessoa a pessoa”. A relação teórico-

prática trabalhada no momento, em situações que sendo específicas do ensino clínico e indispensáveis à construção de habilidades profissionais nos futuros enfermeiros, são difíceis de encontrar noutras situações pedagógicas. O ensino clínico é um tempo de trabalho, de observação, de aprendizagem e de avaliação, promovendo o encontro entre os diferentes intervenientes nos contextos de formação/trabalho, Amendoeira<sup>2</sup> (1999, pp.61-62). O ensino clínico tem como objetivos assegurar ao estudante a aprendizagem do planeamento, prestação e avaliação dos cuidados globais, a partir dos conhecimentos e aptidões adquiridos, em contacto direto com o indivíduo e/ou com uma comunidade (Ib., p.63).

Em Portugal, como noutros países tem vindo a assistir-se a um investimento nos designados laboratórios de simulação, adotando estes as mais diversas denominações, evoluindo-se da simulação de baixa fidelidade para, na atualidade a ênfase recair na simulação de Alta-fidelidade.

Uma característica do estudo e do aprofundamento desta temática, é a referência quase sistemática à valorização dos contextos de emergência e de cuidados a pessoas em situação crítica, por referência ao extra e intra-hospitalar.

Neste ensaio, para além dos contextos referidos constitui-se como objetivo identificar o conceito de «*standardized patient*», numa perspetiva de alargar a simulação como estratégia de aquisição de saberes e competências em contextos diversificados como os referidos anteriormente, mas também nas escolas, nos cuidados de saúde primários e no domicílio das pessoas.

No século XXI assistimos a transições paradigmáticas no que respeita à educação em enfermagem, apelando cada vez mais à importância da construção de processos de aquisição de saberes que se constituam como estruturantes para a mobilização de habilidades como o pensamento crítico, o julgamento clínico e a tomada de decisão. Aos estudantes que vivenciam contextos favoráveis de aprendizagem crítica, parece estar subjacente uma autoconfiança e autoeficácia mais elevadas, ambas promotoras da sua auto satisfação e segurança quando prestam cuidados de saúde às pessoas, nos mais diversos contextos e serviços de saúde.

A ESSS integra um consórcio europeu e com países terceiros como parceiros no âmbito do desenvolvimento do Erasmus Mundus Master Course in Emergency and Critical Care Nursing (EMECC NURSING). No âmbito desta oferta formativa que privilegia o

desenvolvimento de competências específicas, combinando o ensino teórico, a metodologia de pesquisa, a comunicação e gestão de cenários críticos numa lógica de prática baseada na evidência, utiliza-se o estado da arte das tecnologias clínicas, e bem assim estratégias educativas como a simulação, como essenciais ao desenvolvimento de um comportamento profissional em situações de crise e de elevada complexidade. Decorrente de uma revisão de literatura efetuada nos meses de junho e julho de 2013, em bases de dados eletrónicas diversificadas nas plataformas EBSCO e Proquest\_Hospital Collection, incluindo repositórios científicos abertos, teses de mestrado e doutoramento, resultou a seleção de 15 artigos. Da análise dos artigos emergiu a importância atribuída à simulação como estratégia de aprendizagem para a aquisição e desenvolvimento de saberes e competências, associados ao ensino clínico, tanto quando este se desenvolve em contextos controlados de aprendizagem (como referimos antes, na escola, no domicílio, e outros) como quando se desenvolve em contextos complexos de cuidados (emergência pré-hospitalar, departamentos de urgência, blocos operatórios e unidades de cuidados intensivos).

#### **ENFERMAGEM AVANÇADA. PENSAMENTO CRÍTICO e METACOMPETÊNCIA**

Constitui-se para nós relevante assumir, na abordagem a este tema, uma conceção de Enfermagem Avançada que integre os pressupostos:

- A produção do conhecimento ocorre essencialmente pela investigação que enfatiza a **centralidade da pessoa no processo de cuidados**, valorizando neste e, de forma integrada com as **intervenções autónomas da enfermagem**, também os **resultados sensíveis** a esses mesmos cuidados;
- A valorização da **prática baseada na evidência**, permite refletir a **natureza da ação em enfermagem**, suportada numa linguagem comum e universal, como contributo para a produção teórica válida e útil à sociedade;
- A **ética e a profissionalidade** caracterizam uma dimensão essencial ao reconhecimento do **profissional competente**, como aquele que mobiliza do conhecimento global, o conteúdo essencial ao **atendimento da(s) singularidade(s) do sujeito de cuidados**;
- Ao profissional enfermeiro (especialista do conhecimento) é reconhecida a **metacompetência cognitiva**, no sentido do agir em situação, recriando em cada

momento de cuidar a resposta adequada às **necessidades da pessoa singular com quem cuida**.

•A **educação em enfermagem** promove o desenvolvimento de **pessoas** (formandos e formadores) em todo o seu **potencial profissional e pessoal**.

É nesta perspetiva que associamos a dimensão da aquisição de competências pelos estudantes, tanto de 1º como de 2º ciclos, numa procura de capacidade para a monitorização das mesmas a partir da ação concreta em diferentes níveis de intervenção, que podem ir da aprendizagem a partir de cenários até à vivência de situações concretas, constituindo-se todas como campos observacionais, passíveis de autorreflexão, de reflexão na ação e reflexão sobre a ação.

A investigação encontra nesta temática da simulação, um campo de excelência para o estudo de novas formas de orientação para a aprendizagem dos estudantes, atribuindo-lhes o estatuto de centralidade no processo educativo.

Atribui-se igualmente relevo ao exercício da profissão, no que concerne à prática clínica como campo privilegiado para a transferência do conhecimento produzido a partir dos pressupostos anteriores e de onde emerge a importância dos perfis de competências do enfermeiro de cuidados gerais/especialistas, relevando-se o conceito de competência do enfermeiro de cuidados gerais proposto “...refere um nível de desempenho profissional demonstrador de uma aplicação efetiva do conhecimento e das capacidades, incluindo ajuizar” (Ordem dos Enfermeiros<sup>3</sup>, 2003, p. 16)

Os enfermeiros no âmbito do desenvolvimento das suas competências, integram no processo de cuidado com as pessoas, a metodologia científica, com etapas bem definidas, cujos resultados sensíveis aos cuidados de enfermagem emergem do rigor e competência na sua operacionalização. Entende-se por processo de cuidados, o processo de interação cujo centro de interesse é a pessoa e onde o profissional possui conhecimentos específicos que lhe permitem fazer o diagnóstico e o planeamento do cuidado que ele próprio executa e controla. (Amendoeira<sup>4</sup>, 2006)

A nível internacional, emergem dois conceitos – competence e competency, cujas dimensões face ao primeiro, integram a descrição do comportamento ou da ação e o segundo foca-se na competência da pessoa e no que suporta o seu desempenho competente Tilley<sup>5</sup> (2008) articulando com o proposto por Amendoeira<sup>4</sup> (2006),

quanto ao conceito de processo de cuidados, esta definição de competência integra todas as dimensões do mesmo.

Numa perspectiva do profissional metacompetente, neste ensaio, procuramos integrar as duas dimensões, valorizando tanto a descrição como a possibilidade de monitorização do processo, tal como os conceitos preconizam.

De acordo com Godinho e Amendoeira <sup>6</sup> (2012) a habilidade para pensar de forma crítica tem sido amplamente estudada, sendo evidenciada como suscetível de influenciar o julgamento clínico e a tomada de decisão clínica em enfermagem, relevando assim a sua importância.

Godinho e Amendoeira<sup>6</sup> (2012) referem-nos ainda que “Enquanto professores, intervenientes ativos e facilitadores na formação e desenvolvimento de estudantes de enfermagem, temos refletido nas suas aprendizagens enquanto processos multidimensionais; surgem assim algumas das preocupações que nos levaram a querer investigar esta problemática, focalizadas mais concretamente na necessidade do desenvolvimento de estratégias educativas promotoras de habilidades de pensamento crítico, incentivando a formulação de questões, para que os estudantes abram as suas mentes (...), dimensões essenciais em todo este processo, assumindo-se que pensar criticamente é uma característica essencial para uma *advanced nursing practice*, pois implica saber interpretar situações clínicas e atuar com segurança (...)”

O pensamento crítico, enquanto processo ativo e intelectualmente disciplinado, de conceitualizar, aplicar, analisar e sintetizar a informação colhida, inclui um conjunto de habilidades cognitivas, tais como interpretação, clarificação, dedução e inferência, que se relacionam com todas as etapas do processo de enfermagem Godinho e Amendoeira <sup>6</sup> (2012). Goodstone, Goodstone, Cino, Glaser, Kupferman, Dember-Neal <sup>7</sup> (2013) “afirmam que o pensamento crítico requer metodologias ativas de ensino, tais como a observação de enfermeiras experientes e prática *hands-on*.” Consideram que “A simulação permite ao estudante adquirir as competências necessárias para a prática clínica num ambiente real, mas sem os riscos do mundo real”.

Com relevo para a dimensão do pensamento crítico na aprendizagem de uma enfermagem avançada, Goodstone, Goodstone, Cino, Glaser, Kupferman, Dember-Neal<sup>7</sup> (2013) refere-se à importância do estudo de caso, na perspectiva de múltiplos autores, considerando como características:

- Promovem habilidades de pensamento crítico, resolução de problemas e habilidades para a tomada de decisão através do uso detalhado, em profundidade, e as descrições realistas de situações clínicas;
- Constituem-se como uma forma de proporcionar a oportunidade para os enfermeiros mais novos aplicarem o conhecimento e tomarem decisões num ambiente seguro.
- Podem ser categorizados como um tipo de aprendizagem baseada em problemas, constituindo-se uma forma eficaz de promover o desenvolvimento de habilidades de pensamento crítico.
- Promovem o diálogo em grupo e focalizam-se na resolução de problemas da vida real, num ambiente de aprendizagem seguro e controlado.

Klaassen, Smith e Witt<sup>8</sup> (2011) relevam a importância da relação entre pensamento crítico e metacompetência, na construção de uma visão paradigmática para o fenómeno, utilizando a simulação como estratégia para uma aprendizagem eficaz, integrando o pensamento crítico (dimensão cognitiva) com a reflexão (metacognição). A experiência da High Fidelity Human Simulation (HFS) integra ambos os aspetos cognitivos e metacognitivos da teoria da aprendizagem auto regulada.

Assim, além das vantagens que a HFHS possibilita, como a segurança e o envolvimento ativo, também faculta a adaptabilidade como uma ferramenta que pode ser utilizada em várias estruturas de ensino e ambientes de aprendizagem.

### **SIMULAÇÃO CLÍNICA - UMA ABORDAGEM POR CENÁRIOS**

A simulação em saúde constitui um dos mais inovadores domínios científicos a nível mundial. Pode ser considerada como uma tentativa de reproduzir aspetos essenciais de um cenário clínico, capacitando o estudante para enfrentar com êxito, uma situação semelhante que possa ocorrer num contexto clínico.

No contexto de ensino-aprendizagem as simulações têm como objetivo melhorar o desempenho do estudante através da reflexão sobre o conhecimento, habilidades e pensamento crítico em relação à situação.

De acordo com Guhde<sup>9</sup> (2011), vários estudos têm demonstrado os efeitos positivos do uso da simulação no currículo de enfermagem. Um dos principais benefícios é que ele ajuda os estudantes a construir a auto confiança para lidar com os problemas do doente. A simulação pode ser usada para a aquisição de conhecimentos e, os

estudantes são capazes de praticar as habilidades técnicas numa situação natural. A simulação ajuda a integrar as abordagens mais clássicas utilizadas na sala de aula com a prática clínica.

Pela revisão da literatura que efetuámos, se por um lado percebemos ser importante o recurso à estratégia da simulação como componente a valorizar no desenvolvimento dos currículos de enfermagem, também identificamos a existência de défice de investigação que apoie claramente este ou aquele tipo de simulação, constituindo-se por isso do mais elevado interesse desenvolvermos investigação nesta área.

A segurança das pessoas é uma prioridade e a utilização de simuladores pode preparar os enfermeiros (e outros profissionais de saúde) para as situações de risco, simulando-as.

Godinho e Amendoeira<sup>6</sup> (2012) referem-nos a propósito do resultado de uma revisão sistemática, que se destaca a importância da conjugação do desenvolvimento cognitivo e do pensamento crítico, enquanto contributos da otimização do julgamento clínico e dos processos de tomada de decisão em enfermagem, conducentes ao aprofundamento do estudo da simulação enquanto estratégia. A este propósito diversos autores apontam como relevantes para uma integração dos saberes nos perfis de competências adequados à complexidade dos processos de cuidar, a utilização de cenários que permitam recriar momentos concretos, constituindo-se igualmente como «espaços» de transferência dos saberes teóricos para contextos simulados, com a vantagem de poderem ser de novo transferidos quando falamos de intervir em situações de cuidados idênticas. Horan<sup>10</sup> (2009) utilizou mini cenários para estudar o pensamento crítico. Ainda de acordo com Godinho e Amendoeira<sup>6</sup> (2012), avaliando os resultados focalizados nas estratégias, evidencia-se a necessidade de que na Educação em Enfermagem se ampliem estratégias de aprendizagem promotoras e facilitadoras daqueles processos, destacando-se a utilização de técnicas de dramatização/simulação, em contextos de laboratório com recurso a mini cenários recriados utilizando um simulador.

Assistimos assim a uma transição que pode situar-se de acordo com Amendoeira<sup>11</sup> (2009) numa fase ainda inconclusiva, dado que não resulta claro para todos os intervenientes a importância da simulação no desenvolvimento curricular em enfermagem. Pensamos, no entanto, que os fatores contextuais que começam a fazer-

se sentir pelas dificuldades cada vez mais presentes na resposta que os contextos de cuidados dão às necessidades das escolas em termos de ensino clínico, como espaço de aprendizagem do processo de cuidados de acordo com Amendoeira <sup>4</sup> (2006) e não apenas como campo de aplicação de conhecimentos, virão acelerar a necessidade da introdução de novas estratégias de aprendizagem, sendo a simulação uma delas.

Neste sentido, Leonard, Shuhaibar, e Chen <sup>12</sup> (2010) referem-nos a propósito da simulação de Alta fidelidade, que a mesma terá sido integrada em programas profissionais de saúde, em resposta às necessidades de mudança na prática clínica e nos contextos educativos. Na simulação, os estudantes são confrontados com uma situação clínica semelhante ao que iriam encontrar num ambiente clínico real, e recebem feedback sobre o seu desempenho após a simulação. Esta é usada para ajudar os estudantes a desenvolver habilidades tanto ao nível das técnicas de enfermagem como de habilidades para a resolução de problemas. Permite também obter um feedback imediato sobre o desempenho e ajuda a aumentar a confiança dos estudantes na transição da academia para a prática clínica.

Dado o estadió em que nos encontramos, importa aprofundar o conhecimento por parte dos responsáveis pelo planeamento e desenvolvimento curricular, em primeira linha os professores, mas também os enfermeiros orientadores de estágio/ensino clínico e obviamente pelos estudantes, como centrais a todo o processo e, que neste ensaio priorizamos como intervenientes em relação aos quais interessa compreender o que pensam.

Coloca-se-nos então a questão de como fazer.

Guhde<sup>9</sup> (2011) considera que, quando uma escola está mais confortável com o equipamento, deve colocar-se a utilização dos cenários mais complexos. Podemos ter a situação em que os estudantes trabalham de forma independente, e cada estudante tem a oportunidade de responder a um problema clínico. Numa segunda fase, os estudantes têm a oportunidade de analisar o seu próprio comportamento durante o *debriefing*. Nos cenários complexos, os estudantes trabalharam em equipas e o *debriefing* é centrado nos aspetos do estudo em equipa de um problema clínico.

Simultaneamente assume-se a importância do desenvolvimento de processos educativos dirigidos para a utilização de estratégias cognitivas que reduzem erros na tomada de decisão clínica, assumindo-se que do processo de decisão clínica de

enfermagem fazem parte, basicamente, cinco grandes categorias de estratégias: interagir, intervir, conhecer o utente, resolver problemas e avaliar (...) (Jesus<sup>13</sup>, 2004).

Gudhe<sup>9</sup> (2011) a propósito de um estudo que desenvolveu, refere que a partir da utilização de um *framework* de simulação de educação de enfermagem proposto pela primeira vez por Jeffries<sup>14</sup> (2005), no qual todos os cenários incluíram os elementos do projeto de simulação: objetivos, fidelidade (um ambiente realista), apresenta solução de problema (real), o apoio aos estudantes (roteiro escrito, observação do instrutor, e reflexão guiada) e o *debriefing*. Como resultados potenciais identificados valoriza-se, a satisfação do aluno, o pensamento crítico e autoconfiança.

Também se enfatiza a necessidade de capacitação dos docentes para o desenvolvimento e avaliação das estratégias referidas em epígrafe bem como a necessidade de se desenvolver mais investigação sobre a sua utilização.

E o que pensam os estudantes sobre a experiência de aprender e desenvolver saberes e competências, através da simulação do trabalho em equipa intraprofissional?

Leonard, Shuhaibar e Chen<sup>12</sup> (2010), conclui no seu estudo que o treino em equipa interprofissional com simulação de Alta fidelidade proporciona oportunidades únicas de aprendizagem para os estudantes de licenciatura em enfermagem. Os principais temas de reconhecimento de papel e diferenciação, adaptação ao ambiente de equipa e solidariedade profissional foram identificados a partir das respostas dos estudantes. Os resultados são encorajadores e apoiam a realização de investigação mais aprofundada com equipas interprofissionais em simulação de Alta fidelidade tanto com estudantes, como no âmbito de programas com profissionais de saúde.

### **As tipologias da simulação**

A simulação biomédica é hoje o *gold-standard* internacional para o treino de estudantes, profissionais e equipas de saúde. Resulta da combinação das melhores tecnologias robóticas e de informação com a área biomédica e educacional, utilizando simuladores com resposta farmacológica e fisiopatológica fidedignas, em tempo real, perante a atuação experiencial das equipas de saúde.

Citando Shinnick, Woo e Mentis<sup>15</sup> (2011), a Human patient simulation (HPS) é uma modalidade de ensino de tempo e de custo elevados que consiste num *hands-on*, a partir da experiência com um manequim realista e um *prebriefing* e um *debriefing*. A

experiência *hands-on*, muitas vezes consiste num evento clínico simulado. O *Debriefing*, também conhecido como reflexão guiada, é uma sessão planeada após a simulação, que proporciona aos estudantes o tempo para avaliar as suas decisões, ações de comunicação e habilidade para lidar com o inesperado. Considera ainda a mesma autora, que o uso da simulação na formação dos estudantes de enfermagem de licenciatura está a tornar-se cada vez mais popular. Esta metodologia, como um tipo de aprendizagem experiencial, é adotada em grande parte devido à crença de que os estudantes aprendem melhor pela experiência em comparação com outros tipos de aprendizagem, tais como o método expositivo.

A este propósito Jeffries<sup>14</sup> (2005) considera que a simulação de uma situação clínica, fora da clínica é um desafio. Os professores desenvolvem esforços para garantir a situação o mais realista possível para a aprendizagem. Esse realismo, ou fidelidade, tem diferentes níveis. A simulação de baixa fidelidade refere-se a um modelo ou manequim em que os estudantes praticam procedimentos e técnicas simples, sem resposta do manequim. A simulação de média fidelidade utiliza um manequim de corpo inteiro, que incorpora um programa de computador para fornecer vozes e respostas fisiológicas que são realistas, tais como sons do coração, pulmão e intestino. No entanto, a simulação que inclui as características de um manequim com a adição de respostas fisiológicas realistas para ações do estudante é denominado de Alta fidelidade.

Durante o *debriefing*, a discussão ajuda a esclarecer equívocos e conceitos importantes. Os estudantes consideram que participar no *debriefing* é útil para aprender a comunicar intra e interprofissionalmente.

No desenvolvimento da compreensão sobre a importância dos cenários e, dado o nosso interesse em estudar a importância da diversidade dos contextos onde desenvolver a simulação como estratégia de aprendizagem, atribuímos relevância à integração da família no processo de cuidados simulado, promovendo a aprendizagem do estudante.

Os cenários podem caracterizar-se como simples, fáceis de desenvolver e exigindo poucos adereços, sendo necessário um conhecimento básico do manequim. Os cenários mais complexos, podem incluir alguns cenários simples, que permitam atingir objetivos específicos para uma aprendizagem mais eficaz, mas exigem conhecimentos

mais profundos de Alta fidelidade. O estudo de Shinnick, Woo e Mentis <sup>15</sup> (2011) sugere que os professores se esforçam para envolver os estudantes num processo de aprendizagem ativa. A *Human Patient Simulation* (HPS) pode possibilitar uma experiência de aprendizagem interativa para estudantes de enfermagem. No entanto, a literatura atual e pesquisas publicadas sobre HPS são restritas e carecem de prova objetiva, no sentido de apoiar este método educativo no ensino de enfermagem. Este artigo analisa a pesquisa atual nas áreas de percepções de valor HPS e estudos de impacto HPS no conhecimento e na transferência de conhecimento entre enfermeiros.

Os estudantes que usam o simulador de Alta fidelidade apresentaram níveis significativos de maior satisfação e confiança, mas não apresentaram diferenças numa escala de desempenho auto percebida. Os autores concluíram que a HPS foi de grande valia, uma vez que dá aos estudantes a capacidade de sintetizar o conhecimento num ambiente ameaçador, mas não realista (Jeffries e Rizzolo<sup>16</sup>, 2006).

### **A SIMULAÇÃO COMO ESTRATÉGIA DE APRENDIZAGEM**

Concordamos com Nehring (2008) <sup>17</sup> quando refere a necessidade de se discutir o recurso à simulação, considerando os benefícios e as vantagens habitualmente valorizadas. A discussão passa pela valorização de fatores como o orçamento disponível para a tecnologia e espaços, as restrições dos contextos clínicos, as necessidades dos estudantes e do corpo docente e, deve ser desenvolvida tendo por base a evidência empírica já existente.

De acordo com Gates, Parr e Huguen <sup>21</sup> (2012), os benefícios da utilização da HPS em experiências de simulação de alta fidelidade são muitos, nomeadamente:

- Substituto humano anatomicamente correto que pode fisiologicamente responder às intervenções de enfermagem;
- Permitem aos estudantes observar os resultados dos cuidados que prestam e as decisões que tomam, adequadas e inadequadas, sem causar danos a uma pessoa real;
- Têm a capacidade de apresentar a evolução da situação da pessoa desde a admissão até a alta ou a morte, e sempre mais rapidamente do que se consegue identificar numa situação da vida real;

- Têm a capacidade de padronizar os tipos de pessoas e processos de doenças encontradas pelos estudantes, garantindo que eles têm experiências semelhantes, algo que não pode ser garantido na prática clínica tradicional.

No entanto, a simulação não é uma panaceia e pode ter algumas desvantagens:

- O manequim ainda não é um ser humano real e tem limitações, como a comunicação restrita com o estudante;
- O estudante não estar habilitado para experimentar todas as possibilidades de interação com o manequim, torna a simulação menos realista e mais ambígua;
- Deficiente utilização do manequim, principalmente para a prática de desenvolvimento básico de habilidades psicomotoras e não para o desenvolvimento integrado do raciocínio do estudante.

Dearmon (2013) desenvolveu um estudo em que recorreu a uma outra forma de simulação com atores (*standardized patients*), possibilitando aos estudantes a oportunidade de se envolverem com pessoas reais, simulando situações clínicas reais antes de iniciar o ensino clínico. Foram avaliadas dimensões como o stress percebido dos estudantes, a aquisição de conhecimento, ansiedade, auto confiança e satisfação com o processo de orientação. Os resultados indicaram um aumento estatisticamente significativo no conhecimento e confiança em habilidades necessárias ao início do ensino clínico e uma diminuição da ansiedade após a atividade de orientação. É relatada melhoria na auto confiança e satisfação, como resultado da participação em orientação baseada em simulação.

A Enfermagem recorre à simulação desde há mais de 50 anos para ensinar habilidades básicas, tais como a reanimação respiratória, punção venosa e cateterismo urinário.

Embora o termo simulação se relacione a maior parte das vezes ao uso de manequins de Alta fidelidade, existem vários métodos de simulação para aprendizagem.

Um desses métodos recorre ao uso de um *standardized patient* (SP), que pode ser um ator representando uma pessoa com uma história singular, com um diagnóstico ou enquanto caso clínico. Os SP's são frequentemente usados na área da saúde para possibilitar aos estudantes uma interação humana com pessoas reais simuladas durante a prática de cuidados, através de cenários; Dearmon, Graves, Hayeden, Mulekar, Lawrence, Jones, Smith e Farmer<sup>18</sup> (2013), consideram que o uso de SPs em atividades de aprendizagem baseadas em simulação, fornece experiências

semelhantes para todos os estudantes e um sentido de realidade que não pode ser alcançado com um simulador de Alta fidelidade.

Kim-Godwin, Livsey, Ezzel e Highsmith<sup>19</sup> (2013) referem que enquanto as simulações utilizando manequins de Alta fidelidade são amplamente utilizadas no ensino de enfermagem, o uso de SPs na educação de licenciatura em enfermagem é um desenvolvimento relativamente recente.

A experiência de simulação mais realista pode ser clinicamente relevante se a estratégia estiver adequadamente focada em objetivos. Assim, o realismo, que acompanha o uso de SPs na aprendizagem por simulação, preenche a lacuna entre teoria e prática.

De acordo com Jeffries (2005)<sup>14</sup> numa etapa inicial, os grupos não devem ser superiores a 10/12 estudantes cada, para uma experiência bem sucedida. Um roteiro é entregue ao ator, para se preparar enquanto SP.

Os currículos de enfermagem enfatizam, na generalidade, a natureza holística da prática clínica de enfermagem. A abordagem centrada na pessoa para uma intervenção holística requer conhecimento especializado, habilidades e atitudes que mobilizam o estudante numa abordagem que integre as dimensões: física, mental espiritual e social de entre outras. (Cordeau, 2013)<sup>20</sup>.

Para refletirmos em torno da importância da utilização de cenários de aprendizagem, sejam estes organizados no sentido dos *standardized patient*, da *low* ou *high fidelity simulation*, interessa mobilizar a autora acima, que refere, uma experiência de prática clínica simulada é útil para ensinar variáveis holísticas. A maioria dos estudantes não tem dificuldade em identificar as variáveis fisiológicas. A experiência clínica simulada por um estudante de primeiro semestre pode concentrar-se sobre a introdução de duas variáveis: fisiológicas e espirituais; enquanto um cenário de segundo semestre poderá incorporar três ou mais variáveis. Estas podem ser simuladas com recurso a manequins de alta ou média fidelidade ou com *standardized patients*, dependendo dos objetivos de cenário.

Um manequim de Alta fidelidade é mais adequado para cenários que combinam variáveis fisiológicas com outras variáveis, tais como psicológicas e espirituais. O recurso ao *standardized patient* pode ser útil para ensinar as variáveis relacionadas com a gestão dos diferentes autocuidados.

## CONCLUSÃO

### PORQUÊ INVESTIGAR?

Não é só em Portugal que a investigação nesta temática é escassa; Gates, Parr e Hughen<sup>21</sup> (2012) referem que há pouca evidência de pesquisa que demonstre como a simulação (Alta fidelidade, média fidelidade ou SP) auxilia os estudantes na aquisição e integração de conhecimentos e de habilidades no âmbito do pensamento crítico.

A pesquisa futura deve investigar se a melhoria nos resultados educacionais relacionados com o uso da simulação, permitem justificar os elevados custos associados à criação e manutenção de um laboratório de simulação.

Neste sentido, propomo-nos desenvolver a investigação neste domínio, recorrendo a uma revisão sistemática de literatura integrativa, orientada pela questão PICOD “A simulação de Alta fidelidade promove o desenvolvimento de competências nos estudantes de enfermagem?”

## BIBLIOGRAFIA

<sup>1</sup> Martin, C. (1991). Soigner pour apprendre – acquérir un savoir infirmier. France: LEP, Education 2000, 215p.

<sup>2</sup> Amendoeira, J. (1999). A formação em enfermagem. Que conhecimentos? Que contextos? Um estudo etnosociológico. Dissertação de mestrado apresentada à Faculdade de Ciências Sociais e Humanas. Universidade Nova. Mimeografia. <http://hdl.handle.net/10400.15/90>

<sup>3</sup> Ordem dos Enfermeiros (2003). Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Edição Ordem dos Enfermeiros. Lisboa. 24p.

<sup>4</sup> Amendoeira, J. (2006). Enfermagem. Disciplina do conhecimento. Sinais Vitais, Nº 67 (Jul) pp. 19-27

<sup>5</sup> Tilley, D. (2008). Competency in nursing: an analysis concept. The Journal of Continuing Education in Nursing, February, Vol. 39, Nº 2

<sup>6</sup> Godinho, C; Amendoeira, J. (2012). A importância de ambientes de aprendizagem crítica. Repositório Científico Aberto do Instituto Politécnico de Santarém. <http://hdl.handle.net/10400.15/614>

<sup>7</sup> Goodstone, L.; Goodstone, M.; Cino, K.; Glaser, C.; Kupferman, K.; Dember-Neal, T. (2013). Effect of Simulation on the Development of Critical Thinking in Associate Degree

Nursing Students. *Nursing Education Research/simulation and critical thinking*. May/June Vol.34. Nº.3

<sup>8</sup> Klaassen, J.; Smith, K.; Witt, J. (2011). The New Nexus: Legal Concept Instruction to Nursing Students, Teaching–Learning Frameworks, and High Fidelity Human Simulation. *Journal of Nursing Law*, Volume 14, Numbers 3/4.

<sup>9</sup> Guhde, J. (2011). Nursing Students' Perceptions of the Effect on Critical Thinking, Assessment, and Learner Satisfaction in Simple Versus Complex High-Fidelity Simulation Scenarios. *Journal of Nursing Education*. Vol. 50, No. 2.

<sup>10</sup> Horan, K. M. (2009). Using the human patient simulator to foster critical thinking in critical situations. In *Nursing Education Perspectives*. Jan / Fev, vol.30 no.1, p.28-30

<sup>11</sup> Amendoeira, José. (2009). Ensino de enfermagem. Perspetivas de desenvolvimento. *Pensar Enfermagem*. Vol. 13, N.º 1, 1º Semestre. ISSN: 0873-8904

<sup>12</sup> Leonard, B.; Shuhaibar, E.; Chen, R. (2010). Nursing Student Perceptions of Intraprofessional Team Education Using High-Fidelity Simulation. *Journal of Nursing Education*. Vol. 49, No. 11,

<sup>13</sup> Jesus, E. (2004). Padrões de habilidade cognitiva e processo de decisão clínica de enfermagem. Dissertação doutoramento em ciências de enfermagem, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel Salazar, Universidade do Porto

<sup>14</sup> Jeffries, P. (2005). A framework for designing, implementing, and evaluating simulations used as teaching strategies in nursing. *Nursing Education Perspectives*, 26, 96-103.

<sup>15</sup> Shinnick, M.; Woo, M.; Mentis, J. (2011). Human Patient Simulation: State of the Science in Prelicensure Nursing Education. *Journal of Nursing Education*. Vol. 50, No. 2,

<sup>16</sup> Jeffries, P.; Rizzolo, M. (2006). Summary report: Designing and implementing models for the innovative use of simulation to teach nursing care of ill adults and children: A national, multi-site, multi-method study. Retrieved from National League for Nursing Web site: <http://www.nln.org/research/laerdalreport.pdf>

<sup>17</sup> Nehring, W. (2008). U.S. boards of nursing and the use of high-fidelity patient simulators in nursing education. *Journal of Professional Nursing*, 24, 109-117. doi:10.1016/j.profnurs.2007.06.027

<sup>18</sup> Dearmon, V.; Graves, R.; Hayeden, S.; Mulekar, M.; Lawrence, S.; Jones, L.; Smith, K.; Farmer, J. (2013). Effectiveness of Simulation-Based Orientation of Baccalaureate

Nursing Students Preparing for Their First Clinical Experience; Journal of Nursing Education. Vol. 52, No. 1

<sup>19</sup> Kim-Godwin, Y.; Livsey, K.; Ezzel, D.; Highsmith, C. (2013). Home Visit Simulation Using a Standardized Patient. *Clinical Simulation in Nursing*.9(2).e55-e6.doi:10.1016/j.ecns..09.003.

<sup>20</sup> Cordeau, M. (2013). Teaching holistic nursing using clinical simulation: A pedagogical essay. *Journal of Nursing Education and Practice*, Vol. 3, No. 4.

<sup>21</sup> Gates, M.; Parr, M.; Hughen, J. (2012). Enhancing Nursing Knowledge Using High-Fidelity Simulation. *Journal of Nursing Education*. Vol. 51, N<sup>o</sup>. 1.