



EDITORA
OMNIS SCIENTIA



Atenção Integral à Saúde:

Saúde Mental, Literacia e Intervenções ao Longo do Ciclo de Vida



Volume 3

Organizadores

Olga Maria Martins de Sousa Valentim

Joana Rita Guarda da Venda Rodrigues

Tânia Sofia Pereira Correia

Lídia Susana Mendes Moutinho

Carla Alexandra Fernandes do Nascimento

Cristiana Isabel da Cruz Furtado Firmino

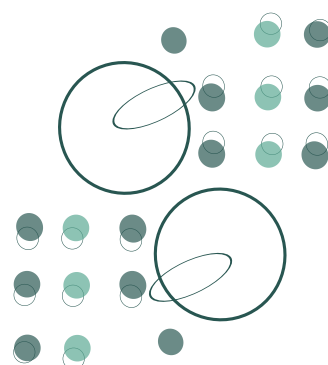
Cristina Maria Alves Marques-Vieira

Francisco Sampaio

Joana Teixeira

Maria do Céu Coelho Monteiro Pires

Pedro Miguel da Cruz Henriques





EDITORA
OMNIS SCIENTIA



Atenção Integral à Saúde:

Saúde Mental, Literacia e Intervenções ao Longo do Ciclo de Vida



Volume 3

Organizadores

Olga Maria Martins de Sousa Valentim

Joana Rita Guarda da Venda Rodrigues

Tânia Sofia Pereira Correia

Lídia Susana Mendes Moutinho

Carla Alexandra Fernandes do Nascimento

Cristiana Isabel da Cruz Furtado Firmino

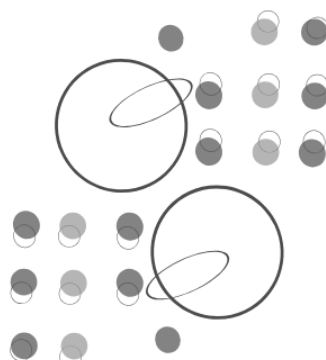
Cristina Maria Alves Marques-Vieira

Francisco Sampaio

Joana Teixeira

Maria do Céu Coelho Monteiro Pires

Pedro Miguel da Cruz Henriques



Editora Omnis Scientia

**ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE: SAÚDE MENTAL, LITERACIA E INTERVENÇÕES
AO LONGO DO CICLO DE VIDA**

Volume 3

1ª Edição

RECIFE - PE

2026

Editor-Chefe

Dr. Daniel Luís Viana Cruz

Organizadores

Olga Maria Martins de Sousa Valentim

Joana Rita Guarda da Venda Rodrigues

Tânia Sofia Pereira Correia

Lídia Susana Mendes Moutinho

Carla Alexandra Fernandes do Nascimento

Cristiana Isabel da Cruz Furtado Firmino

Cristina Maria Alves Marques-Vieira

Francisco Sampaio

Joana Teixeira

Maria do Céu Coelho Monteiro Pires

Pedro Miguel da Cruz Henriques

Conselho Editorial

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

Dr. Cássio Brancalone – UFFS – Brasil

Dr. Marcelo Luiz Bezerra da Silva – UEPa – Brasil

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão – UPE – Brasil

Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior – UFRPE – Brasil

Dr. Walter Santos Evangelista Júnior – UFRPE – Brasil

Dr. Wendel José Teles Pontes – UFPE – Brasil

Editores de Área - Ciências da Saúde

Dr. Amâncio António de Sousa Carvalho

Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine

Dra. Cristieli Sérgio de Menezes Oliveira

Dr. Hugo Barbosa do Nascimento

Dr. Marcio Luiz Lima Taga

Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão

Assistente Editorial

Thialla Larangeira Amorim

Imagem de Capa

Canva e Freepik

Edição de Arte

Vileide Vitória Larangeira Amorim

Revisão

Os autores



Este trabalho está licenciado com uma Licença Creative Commons – Atribuição - Não Comercial - Sem Derivações 4.0 Internacional.

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

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

A864

Atenção integral à saúde : saúde mental, literacia e intervenções ao longo do ciclo de vida : volume 3 [recurso eletrônico] / organizadores Olga Maria Martins de Sousa Valentim ... [et al.]. — 1. ed. — Recife : Omnis Scientia, 2026.
Dados eletrônicos (pdf).

Inclui bibliografia.

ISBN 978-65-284-0347-9

DOI: 10.47094/978-65-284-0347-9

1. Saúde pública - Brasil. 2. Promoção da saúde - Brasil. 3. Saúde coletiva. 4. Cuidados primários de saúde. 5. Profissionais da área da saúde - Formação.
I. Valentim, Olga Maria Martins de Sousa.

CDD23: 362.10981

I-1103262

Bibliotecária: Priscila Pena Machado – CRB-7/6971

Editora Omnis Scientia

Av. República do Líbano, nº 251, Sala 2205, Torre A,
Bairro Pina, CEP 51.110-160, Recife-PE.

Telefone: +55 87 99920-5762

editoraomnisscientia.com.br

contato@editoraomnisscientia.com.br



PREFÁCIO

Há momentos em que a saúde se impõe como pergunta — e não apenas como resposta. Ela surge no silêncio de quem tenta compreender o que lhe acontece; no corpo cansado de um profissional que continua a cuidar apesar do desgaste; no estudante que, entre prazos e expectativas, percebe que também precisa de apoio; na família que procura educar com firmeza e ternura; e na comunidade que enfrenta crises e procura manter-se de pé. É nesse território real, feito de vidas concretas, que a atenção integral à saúde ganha sentido.

Este eBook nasce dessa convicção: cuidar não é apenas tratar sintomas, é reconhecer contextos, relações e significados. É ver a pessoa para além do diagnóstico e compreender que a saúde se constrói — ou se fragiliza — nas rotinas, nos vínculos, no trabalho, na escola e na forma como comunicamos. Por isso, os capítulos aqui reunidos articulam evidência e prática, abrindo caminhos para decisões mais informadas.

Ao longo destas páginas, o leitor encontrará temas que exigem rigor e humanidade — da saúde mental (medidas coercivas, *burnout* e academia) à literacia pré-operatória, consumo de substâncias e atividade física. No cuidado em comunidade, abordam-se saúde escolar em emergências, parentalidade positiva, educação sexual no pós-operatório e psicoeducação na prevenção de problemas ligados ao álcool, sublinhando intervenções culturalmente sensíveis e próximas das pessoas.

Este livro dirige-se a profissionais de saúde e estudantes, docentes e investigadores. Pretende oferecer atualização e inspiração, apoiar a aprendizagem e alimentar o diálogo entre conhecimento, formação e prática.

Que esta obra seja lida como um percurso: do reconhecimento do desafio à compreensão e à intervenção, terminando — sempre provisoriamente — no compromisso de fazer melhor. ***Porque a atenção integral à saúde não é um capítulo fechado: é uma forma de estar.*** E é nessa forma de estar que o cuidado se torna verdadeiramente significativo.

Olga Valentim

(Professora Coordenadora ESEUL)

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....12

MEDIDAS COERCIVAS EM SAÚDE MENTAL: ATITUDES PROFISSIONAIS E EXPERIÊNCIAS DOS DOENTES

Tânia Sofia Pereira Correia

Lara Guedes Pinho

Olga Maria Martins de Sousa Valentim

DOI: 10.47094/978-65-284-0347-9/12-19

CAPÍTULO 2.....20

PROGRAMA DE PREVENÇÃO E INTERVENÇÃO NO *BURNOUT* COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL

Pedro Miguel da Cruz Henriques

Sandra Cristina Fernandes Felismino Sampaio de Andrade

Ricardo Jorge Barros Romeira Picoito

Inês da Cunha Baetas Robalo Nunes

Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz

Olga Maria Martins de Sousa Valentim

DOI: 10.47094/978-65-284-0347-9/20-31

CAPÍTULO 3.....32

SAÚDE MENTAL NA ACADEMIA: PERSPETIVAS DOS ESTUDANTES

Olga Maria Martins de Sousa Valentim

Lídia Susana Mendes Moutinho

José Falé

Rita Peres

António Gonçalves

Tânia Sofia Pereira Correia

Inês Robalo Nunes

Margarida Alexandra RodriguesTomás

Fernanda Paula Santos Leal

DOI: 10.47094/978-65-284-0347-9/32-44

CAPÍTULO 4.....45

LITERACIA EM SAÚDE EM ESPELHO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

Carla Alexandra Fernandes do Nascimento

DOI: 10.47094/978-65-284-0347-9/45-57

CAPÍTULO 5.....58

O ENSINO SUPERIOR E O PESO DE EXISTIR: REFLEXÕES SOBRE A SAÚDE MENTAL DOS ESTUDANTES

Francisco Sampaio

DOI: 10.47094/978-65-284-0347-9/58-68

CAPÍTULO 6.....69

CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS E EPISÓDIOPSICÓTICO: REFLEXÕES CLÍNICAS A PARTIR DE UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Lídia Susana Mendes Moutinho

Inês Robalo Nunes

Maria Teresa Estácio Gaspar Gonçalves de Araújo

Pedro Miguel Lapas do Patrocínio Carvalhinho

Olga Maria Martins de Sousa Valentim

Bárbara Alves Lourenço

DOI: 10.47094/978-65-284-0347-9/69-85

CAPÍTULO 7.....86

A ATIVIDADE FÍSICA COMO PILAR ESSENCIAL NA PROMOÇÃO DA SAÚDE INTEGRAL

Cristina Maria Alves Marques-Vieira

Joana Catarina dos Santos Matos Pinheiro

DOI: 10.47094/978-65-284-0347-9/86-93

CAPÍTULO 8.....94

PAPEL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NA SAÚDE ESCOLAR EM EMERGÊNCIAS E DESASTRES: REVISÃO NARRATIVA

Maria do Céu Coelho Monteiro Pires

Eva Patrícia Guilherme Menino

Inês Pires Morgado

Dora Maria Honorato Carteiro

António José Lopes de Almeida

Joana Rita Guarda da Venda Rodrigues

DOI: 10.47094/978-65-284-0347-9/94-110

CAPÍTULO 9.....111

PARENTALIDADE POSITIVA E EDUCAÇÃO NÃO VIOLENTA: INTERVENÇÃO COM FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE VULNEBILIDADE

Joana Rita Guarda da Venda Rodrigues

Diana Clemente Figueiredo

Mara Veríssimo Rodrigues

Matilde Marçalo Martinho

Joana Isabel Cordeiro e Carvalho

Eva Patrícia Guilherme Menino

Emília Isabel Martins Teixeira da Costa

Olga Maria Martins de Sousa Valentim

Maria do Céu Coelho Monteiro Pires

DOI: 10.47094/978-65-284-0347-9/111-126

CAPÍTULO 10.....127

EDUCAÇÃO SEXUAL NO PÓS-OPERATÓRIO: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NA PRÓTESE DA ANCA

Mariana Marques Batista

Ana Lobato Rosa

José Carlos Magalhães

Inês de Jesus Rocha

António Manuel Soares Massena

Cristiana Isabel da Cruz Furtado Firmino

DOI: 10.47094/978-65-284-0347-9/127-134

CAPÍTULO 11.....135

**PSICOEDUCAÇÃO EM SAÚDE: ESTRATÉGIAS PARA PREVENÇÃO DOS PROBLEMAS
LIGADOS AO ÁLCOOL EM S. TOMÉ E PRÍNCIPE**

Gabriel dos Santos Ferreira

Bruna Jarimba

Teresa Mota

João Cabral Fernandes

Catarina Sousa

Francisca Grilo

Joana Teixeira

DOI: 10.47094/978-65-284-0347-9/135-140

MEDIDAS COERCIVAS EM SAÚDE MENTAL: ATITUDES PROFISSIONAIS E EXPERIÊNCIAS DOS DOENTES

Tânia Sofia Pereira Correia¹;

Escola Superior de Saúde de Viseu do Instituto Politécnico de Viseu (ESSV-IPV), Viseu, Portugal; RISE-Health, Porto, Portugal e UICISA:E, Coimbra, Portugal.

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

Lara Guedes Pinho²;

Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Viana do Castelo, Portugal; Comprehensive Health Research Centre (CHRC), Universidade de Évora, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0003-1174-0744>

Olga Maria Martins de Sousa Valentim³.

Centro de Investigação Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Escola Superior de Enfermagem, Universidade de Lisboa, Lisboa, RISE-Health, Porto Portugal.

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

RESUMO: As medidas coercivas em saúde mental continuam a constituir um dos temas mais controversos da prática clínica, devido à tensão entre a necessidade de garantir a segurança e o respeito pela autonomia e dignidade do doente. A sua utilização levanta questões éticas, legais e terapêuticas, sendo fundamental compreender as atitudes dos profissionais de saúde e as experiências vivenciadas pelos doentes. Este estudo teve como objetivo analisar criticamente a literatura científica sobre a utilização de medidas coercivas em contexto de saúde mental, com foco nas atitudes dos profissionais e nas experiências dos doentes. Trata-se de uma revisão narrativa da literatura. A pesquisa foi realizada nas bases de dados PubMed, CINAHL e PsycINFO, utilizando descritores relacionados com medidas coercivas, saúde mental, atitudes profissionais e experiências dos doentes. Foram incluídos artigos em português e inglês, independentemente do desenho metodológico. Após aplicação dos critérios de seleção e leitura integral dos textos relevantes, foram incluídos cinco estudos: quatro estudos de revisão da literatura e um ensaio clínico randomizado. Os resultados evidenciam que os profissionais tendem a percecionar as medidas coercivas como necessárias em situações de crise, sobretudo por razões de segurança, ainda que reconheçam os seus dilemas éticos. Por outro lado, os doentes relatam frequentemente experiências negativas, associadas a sentimentos de perda de controlo, desrespeito e

sofrimento emocional. A comunicação terapêutica e a empatia emergem como fatores fundamentais para mitigar impactos adversos. Conclui-se que a compreensão integrada das diferentes perspectivas é essencial para promover práticas mais éticas, seguras e centradas na pessoa, incentivando estratégias de prevenção e redução do recurso a medidas coercivas em saúde mental como medidas de redução de escalada.

PALAVRAS-CHAVE: Tratamento Involuntário. Saúde Mental. Medidas Coercivas.

COERCIVE MEASURES IN MENTAL HEALTH: PROFESSIONAL ATTITUDES AND PATIENT EXPERIENCES

ABSTRACT: Coercive measures in mental health continue to be one of the most controversial topics in clinical practice, due to the tension between the need to ensure safety and respect for patient autonomy and dignity. Their use raises ethical, legal and therapeutic questions, and it is essential to understand the attitudes of health professionals and the experiences of patients. This study aimed to critically analyse the scientific literature on the use of coercive measures in mental health contexts, focusing on the attitudes of professionals and the experiences of patients. This is a narrative review of the literature. The search was conducted in PubMed, CINAHL and PsycINFO databases, using descriptors related to coercive measures, mental health, professional attitudes and patient experiences. Articles in Portuguese and English were included, regardless of methodological design. After applying the selection criteria and reading the relevant texts in full, five studies were included: four literature review studies and one randomized clinical trial. The results show that professionals tend to perceive coercive measures as necessary in crisis situations, mainly for safety reasons, even though they recognize their ethical dilemmas. On the other hand, patients often report negative experiences associated with feelings of loss of control, disrespect, and emotional distress. Therapeutic communication and empathy emerge as key factors in mitigating adverse impacts. It is concluded that an integrated understanding of the different perspectives is essential to promote more ethical, safe, and person-centered practices, encouraging strategies to prevent and reduce the use of coercive measures in mental health as measures to reduce escalation.

KEY-WORDS: Involuntary Treatment. Mental Health. Coercive Measures.

INTRODUÇÃO

Os cuidados de saúde mental enfrentam há muito tempo o desafio de conciliar a autonomia do doente com a necessidade de garantir um tratamento eficaz, sobretudo em situações que envolvem internamentos e intervenções involuntárias. Esta tensão é particularmente evidente quando são aplicadas medidas coercivas, que se caracterizam por intervenções que restringem a liberdade de movimento ou a autonomia do indivíduo

sem o seu consentimento, podendo ter impacto significativo na sua dignidade e experiência subjetiva (HALLETT *et al.*, 2024). As medidas coercivas podem ser classificadas como formais, quando regulamentadas por lei, ou informais, quando não possuem qualquer formalização legal. Entre estas medidas incluem-se a hospitalização involuntária, que corresponde ao internamento do doente numa instituição de saúde mental sob disposição legal; a contenção mecânica, envolvendo a utilização de equipamentos especializados, como cintos ou faixas, aplicados por profissionais de saúde; o isolamento, que consiste no confinamento supervisionado do doente num quarto que pode ser trancado; e a administração de medicação involuntária, realizada contra a vontade expressa do indivíduo (GERMAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (DGPPN), 2018; NICE GUIDELINE [NG10], 2015; HALLETT *et al.*, 2024).

Além da dimensão física e legal das medidas coercivas, é essencial considerar a capacidade de tomada de decisão do doente, que determina a legalidade e a ética da sua aplicação. Esta avaliação envolve verificar se o indivíduo consegue compreender, reter e ponderar as informações sobre o seu tratamento, de modo a tomar decisões autónomas e informadas. A experiência do doente face a medidas coercivas é, em geral, negativa, com relatos de sentimentos de desrespeito e perda de autonomia, sendo a comunicação eficaz e a empatia dos profissionais de saúde fatores determinantes na mitigação dos efeitos adversos. Por outro lado, os profissionais de saúde mental frequentemente percebem a coerção como uma medida necessária durante crises agudas, apesar de reconhecerem o seu impacto potencialmente negativo sobre a dignidade do doente (GERMAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION [DGPPN], 2018; NICE GUIDELINE [NG10], 2015; HALLETT *et al.*, 2024).

Do ponto de vista histórico, a discussão sobre a coerção em saúde mental evoluiu significativamente ao longo das últimas décadas. Antes da década de 1990, o debate era predominantemente teórico, centrado em argumentos éticos e filosóficos, sem suporte empírico sistemático. A partir da década de 1990, surgem as primeiras investigações estruturadas, que permitiram estudar de forma mais sistemática os efeitos éticos, legais e humanos das medidas coercivas, contribuindo para o desenvolvimento de práticas mais seguras e fundamentadas em evidência científica (HALLETT *et al.*, 2024).

Em síntese, a coerção em saúde mental constitui um fenómeno complexo, marcado por uma tensão contínua entre a intenção terapêutica e a experiência de desrespeito do doente. Esta realidade exige estratégias baseadas em evidência, reforço das competências de comunicação e sensibilidade às perspetivas dos doentes, de modo a minimizar os efeitos negativos das medidas coercivas e a melhorar os resultados terapêuticos. As atitudes dos profissionais de saúde em relação a estas medidas refletem frequentemente esta interação complexa entre a percepção da necessidade de segurança do doente e as implicações éticas da violação da autonomia do doente. Compreender estas dinâmicas é crucial para melhorar a prática clínica e as experiências dos doentes. Assim, esta revisão tem como objetivo analisar criticamente a literatura científica sobre a utilização de medidas coercivas em contexto de saúde mental, com foco nas atitudes dos profissionais de saúde e nas

experiências vivenciadas pelos doentes.

METODOLOGIA

Este estudo trata-se de uma pesquisa bibliográfica com a abordagem de revisão narrativa da literatura, com o objetivo de analisar criticamente a literatura científica sobre a utilização de medidas coercivas em contexto de saúde mental, com foco nas atitudes dos profissionais de saúde e nas experiências vivenciadas pelos doentes.

A pesquisa bibliográfica foi realizada nas bases de dados PubMed, CINAHL e PsycINFO, utilizando palavras-chave relacionadas com “medidas coercivas”, “saúde mental”, “atitudes profissionais” e “experiências dos doentes”.

Foram incluídos artigos científicos em português e inglês que abordam a temática em contexto de saúde mental, independentemente do tipo de estudo. A seleção dos artigos foi efetuada através da leitura dos títulos e resumos, seguida da leitura integral dos textos considerados relevantes.

A informação recolhida foi analisada de forma descritiva e organizada por temas, permitindo apresentar uma síntese crítica dos principais resultados identificados na literatura.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Após a análise e organização dos documentos identificados, foram selecionados quatro estudos, que são apresentados nos quadros 1, 2 e 3 de acordo com os resultados apresentados.

Quadro 1 - Atitudes dos Profissionais de Saúde.

Autores / Data	Metodologia / Objetivo do Estudo	População	Resultados	Conclusões
GOWDA et al., 2019	Revisão sistemática da literatura. Objetivo: analisar de que forma as atitudes e características dos profissionais de enfermagem influenciam a utilização de medidas coercivas em serviços agudos de saúde mental.	Estudos envolvendo enfermeiros e equipes de enfermagem em contextos de internamento psiquiátrico agudo.	As atitudes dos enfermeiros revelaram influência significativa na frequência e no tipo de medidas coercivas utilizadas. Perspetivas mais orientadas para a segurança associaram-se a maior recurso à coerção, enquanto atitudes centradas na relação terapêutica e na recuperação se relacionaram com menor utilização. Experiência profissional, formação específica e cultura organizacional também se mostraram determinantes.	A utilização de medidas coercivas não depende apenas da condição clínica do doente, mas também das atitudes, valores e características dos profissionais e das equipas. Investir em formação, reflexão ética e modelos de cuidados centrados na pessoa pode contribuir para a redução do recurso à coerção em contextos agudos de saúde mental.
DOEDENS et al., 2020	Revisão sistemática da literatura. Objetivo: analisar de que forma as atitudes e características dos profissionais de enfermagem influenciam a utilização de medidas coercivas em serviços agudos de saúde mental.	Estudos envolvendo enfermeiros e equipes de enfermagem em contextos de internamento psiquiátrico agudo.	As atitudes dos enfermeiros revelaram influência significativa na frequência e no tipo de medidas coercivas utilizadas. Perspetivas mais orientadas para a segurança associaram-se a maior recurso à coerção, enquanto atitudes centradas na relação terapêutica e na recuperação se relacionaram com menor utilização. Experiência profissional, formação específica e cultura organizacional também se mostraram determinantes.	A utilização de medidas coercivas não depende apenas da condição clínica do doente, mas também das atitudes, valores e características dos profissionais e das equipas. Os cuidados de saúde mental poderiam melhorar com foco nos conceitos de segurança percebida e formação sobre intervenções alternativas para proteger os doentes do uso desnecessário de intervenções coercivas.

Quadro 2 – Experiências dos Doentes.

Autores / Data	Metodologia / Objetivo do Estudo	População	Resultados	Conclusões
TINGLEFF <i>et al.</i>, 2017	Revisão sistemática com análise temática de 26 estudos peer-reviewed; objetivo: investigar percepções de adultos sobre situações antes, durante e após medidas coercivas específicas e definidas, e identificar fatores moderadores percebidos	Doentes adultos sujeitos a medidas coercivas no tratamento psiquiátrico.	Foram identificados seis temas principais e subtemas; “interações com profissionais” e “comunicação” predominam ao longo do processo de coerção; os temas estão associados a impactos percebidos pelos doentes como positivos ou negativos	É necessária maior sensibilidade às percepções dos doentes em cada fase do processo coercivo; os profissionais devem demonstrar empatia, melhorar competências de comunicação e priorizar estratégias de redução da escalada e abordagens não coercivas.

Quadro 3 – Implicações para a Prática Clínica.

Autores / Data	Metodologia / Objetivo do Estudo	População	Resultados	Conclusões
LUCIANO <i>et al.</i>, 2014	Revisão da literatura sobre preditores do uso de medidas coercivas e relação com os resultados dos doentes.	Doentes psiquiátricos sujeitos a medidas coercivas.	O uso de medidas coercivas é influenciado por características clínicas e sociodemográficas dos doentes, características da equipa e fatores relacionados com a unidade; as medidas coercivas têm impacto limitado nos resultados clínicos e sociais dos doentes	A coerção continua a ser uma questão controversa na prática em saúde mental; poucos estudos têm metodologia robusta; há necessidade de estudos multicêntricos rigorosos com seguimento a longo prazo.
YE, <i>et al.</i>, 2021	Ensaio clínico randomizado em cluster; objetivo: avaliar a eficácia de formação em desescalada na redução da contenção física em internamento psiquiátrico	12 enfermarias de um hospital psiquiátrico, divididas em grupo experimental (n = 6) e grupo controlo (n = 6).	Após a formação, o grupo experimental apresentou redução significativa na frequência e duração da contenção física, assim como na ocorrência de eventos inesperados e ferimentos causados por contenção física, comparado com o grupo controlo (P < 0,05–0,01)	A formação em desescalada é eficaz na redução do uso de contenção física e eventos adversos associados.

Os estudos analisados revelam diferentes perspetivas sobre as medidas coercivas em saúde mental, permitindo compreender tanto a visão dos profissionais como a experiência dos doentes, bem como implicações para a prática clínica.

Atitudes dos Profissionais de Saúde:

Os resultados de Gowda *et al.* (2019) e Doedens *et al.* (2020) evidenciam que os profissionais, nomeadamente psiquiatras e enfermeiros, reconhecem a coerção como uma medida de proteção e segurança, especialmente em situações de crise aguda. No entanto, há uma tensão constante entre a necessidade de garantir segurança e o respeito pela dignidade e autonomia do doente. A transição observada nos enfermeiros de uma perspetiva terapêutica da coerção para uma abordagem orientada à segurança sugere que a cultura organizacional e a formação influenciam fortemente as atitudes face à coerção. Estes achados reforçam a importância de estratégias educativas e protocolos claros que promovam alternativas não coercivas.

Experiências dos Doentes:

Tingleff *et al.* (2017) destacam que as experiências dos doentes submetidos a medidas coercivas são predominantemente negativas, sendo a forma como a coerção é comunicada e aplicada determinante para a perceção do episódio. A empatia, o envolvimento e a comunicação com respeito pelo doente por parte dos profissionais podem atenuar os efeitos adversos, influenciando positivamente a recuperação. Estes achados sublinham a necessidade de considerar a experiência e perspetiva do doente como elemento central na avaliação e aplicação de qualquer intervenção coerciva.

Implicações para a Prática Clínica:

A análise conjunta de Tingleff *et al.* (2017), Doedens *et al.* (2020) e Luciano *et al.* (2014) evidencia lacunas na formação profissional e na investigação científica sobre coerção, particularmente quanto aos efeitos a longo prazo. A implementação de estratégias de redução da escalada, melhoria da comunicação e sensibilidade às perspetivas dos doentes surge como recomendação recorrente devido aos resultados positivos da sua implementação (YE *et al.*, 2021; TINGLEFF *et al.*, 2017). Além disso, a existência de orientações baseadas em evidência é fundamental para reduzir a dependência de medidas coercivas, promovendo uma prática mais ética e centrada na pessoa.

CONCLUSÃO

A convergência entre os estudos sugere que, embora os profissionais reconheçam a coerção como necessária em certas situações, existe um consenso e dados sobre o seu impacto negativo na experiência do doente. O desafio reside em equilibrar segurança, ética e humanização da prática clínica, apoiando-se em formação, protocolos claros e cultura organizacional que privilegie alternativas não coercivas. A integração das perspetivas profissionais e dos doentes constitui um passo essencial para promover cuidados de saúde

mental mais seguros, de respeito pelo doente e eficazes.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

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

REFERÊNCIAS

DOEDENS, P. *et al.* **Influence of nursing staff attitudes and characteristics on the use of coercive measures in acute mental health services – a systematic review.** Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, v. 27, n. 4, p. 446–459, 2020. DOI: <https://doi.org/10.1111/jpm.12586>.

GERMAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION – DGPPN. **Coercive measures in psychiatry: guidelines and recommendations.** Berlin: DGPPN, 2018.

NICE. **NICE guideline NG10: Psychosis and schizophrenia in adults: prevention and management.** London: National Institute for Health and Care Excellence, 2015.

GOWDA, G. S. *et al.* **Clinician attitude and perspective on the use of coercive measures in clinical practice from tertiary care mental health establishment – a cross-sectional study.** Indian Journal of Psychiatry, v. 61, p. 151–155, 2019.

HALLETT, N.; WHITTINGTON, R.; RICHTER, D.; ENEJE, E. (eds.). **Coercion and violence in mental health settings: causes, consequences, management.** 2. ed. Cham: Springer Nature, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1007/978-3-031-61224-4>

LUCIANO, M. *et al.* **Use of coercive measures in mental health practice and its impact on outcome: a critical review.** Expert Review of Neurotherapeutics, v. 14, n. 2, p. 131–141, 2014. DOI: <https://doi.org/10.1586/14737175.2014.874286>.

TINGLEFF, E. B. *et al.* **“Treat me with respect”: a systematic review and thematic analysis of psychiatric patients’ reported perceptions of the situations associated with the process of coercion.** Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing, v. 24, p. 681–698, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1111/jpm.12410>.

YE, J.; XIA, Z.; WANG, C.; LIAO, Y.; XU, Y.; ZHANG, Y.; YU, L.; LI, S.; LIN, J.; XIAO, A. **Effectiveness of CRSCE-Based De-escalation Training on Reducing Physical Restraint in Psychiatric Hospitals: A Cluster Randomized Controlled Trial.** *Frontiers in Psychiatry*, v. 12, p. 576662, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.576662>

PROGRAMA DE PREVENÇÃO E INTERVENÇÃO NO *BURNOUT* COM PROFISSIONAIS DE SAÚDE MENTAL

Pedro Miguel da Cruz Henriques¹;

Serviço de Medicina Intensiva – UCI 4, Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal.

<https://orcid.org/0009-0004-4973-0474>

Sandra Cristina Fernandes Felismino Sampaio de Andrade²;

Serviço de Segurança e Saúde no Trabalho, Unidade Local de Saúde de Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal.

Ricardo Jorge Barros Romeira Picoito³;

Centro de Inovação e Investigação Clínica – Núcleo de Investigação e Formação em Enfermagem, Unidade Local de Saúde Lisboa Ocidental, Lisboa, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0002-7719-5227>

Inês da Cunha Baetas Robalo Nunes⁴;

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

<https://orcid.org/0000-0003-4718-8285>

Adriane Cristina Bernat Kolankiewicz⁵;

Universidade Regional do Noroeste do Estado do Rio Grande do Sul (UNIJUÍ), Ijuí, Rio Grande do Sul. Bolsista Produtividade do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPQ).

<https://orcid.org/0000-0003-1793-7783>

Olga Maria Martins de Sousa Valentim⁶.

Centro de Investigação Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Escola Superior de Enfermagem, Universidade de Lisboa, Lisboa, RISE-Health, Porto Portugal.

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

RESUMO: O *burnout* em profissionais de saúde mental tem impacto direto na qualidade dos cuidados, no bem-estar psicológico e na manutenção de profissionais, exigindo respostas estruturadas e baseadas em evidência. Este trabalho descreve e avalia um programa psicoterapêutico especializado em enfermagem, orientado para a prevenção e/ou redução do

burnout e para a promoção do bem-estar psicológico. Trata-se de um estudo de intervenção quase-experimental, com desenho pré-pós-intervenção, de grupo único, desenvolvido no âmbito de um projeto de implementação de um programa psicoterapêutico especializado em enfermagem. A avaliação será realizada em três momentos: T0 (pré-intervenção/fase diagnóstica), T1 (pós-intervenção) e T2 (follow-up aos seis meses). Em T0, os participantes responderão a um questionário online, incluindo variáveis sociodemográficas e itens de avaliação de conhecimentos sobre *burnout* e a sua gestão. Os níveis de *burnout* e de bem-estar psicológico serão avaliados com instrumentos validados para a população portuguesa: o *Copenhagen Burnout Inventory* – versão portuguesa (CBI-PT) e o Questionário Geral de Bem-Estar Psicológico – versão reduzida (QGBEP-R). No final do programa, será aplicado um questionário de satisfação, sendo ainda analisada a aceitabilidade da intervenção através das perceções dos participantes. Espera-se que a intervenção contribua para a redução do *burnout*, o aumento do bem-estar psicológico e o reforço de competências de autocuidado, sustentando recomendações para a implementação de programas semelhantes em contextos de saúde mental.

PALAVRAS-CHAVE: *Burnout*. Saúde mental. Profissional de saúde.

PREVENTION AND INTERVENTION PROGRAM FOR BURNOUT AMONG MENTAL HEALTH PROFESSIONALS

ABSTRACT: Burnout among mental health professionals has a direct impact on quality of care, psychological well-being, and workforce retention, requiring structured, evidence-based responses. This paper describes and evaluates a specialized psychotherapeutic nursing program aimed at preventing and/or reducing burnout and promoting psychological well-being. This is a quasi-experimental intervention study using a single-group pre–post design, conducted within the framework of an implementation project of a specialized psychotherapeutic nursing program. Evaluation will be carried out at three points: T0 (pre-intervention/diagnostic phase), T1 (post-intervention), and T2 (six-month follow-up). At T0, participants will complete an online questionnaire including sociodemographic variables and items assessing knowledge about burnout and its management. Burnout levels and psychological well-being will be assessed using instruments validated for the Portuguese population: the Copenhagen Burnout Inventory – Portuguese version (CBI-PT) and the General Well-Being Questionnaire – short version (QGBEP-R). At the end of the program, a satisfaction questionnaire will be administered, and intervention acceptability will also be examined through participants' perceptions. The intervention is expected to contribute to reduced burnout, improved psychological well-being, and strengthened self-care competencies, supporting recommendations for implementing similar programs in mental health settings.

KEY-WORDS: Burnout. Mental health. Health professional.

INTRODUÇÃO

O *burnout* é atualmente reconhecido como um fenómeno ocupacional de elevada relevância nos sistemas de saúde, sendo classificado pela Organização Mundial da Saúde como um fenómeno associado ao contexto laboral e resultante de stress crónico não gerido de forma eficaz (ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE [OMS], 2019a). Esta síndrome é caracterizada por exaustão emocional, despersonalização e diminuição da realização profissional (MASLACH; JACKSON, 1981).

Este problema assume particular expressão entre profissionais de saúde mental, cuja prática clínica envolve contacto contínuo com sofrimento psíquico, situações de crise, elevada responsabilidade ética e emocional, bem como exigências organizacionais crescentes. Desta forma, os profissionais de saúde mental apresentam níveis de *burnout* frequentemente superiores aos observados noutras áreas da saúde, com impacto significativo na saúde, na satisfação profissional e na qualidade dos cuidados prestados, colocando em causa a eficiência organizacional (O'CONNOR; MULLER NEFF; PITMAN, 2018; BYKOV *et al.*, 2022).

As causas associadas a esta síndrome podem ser organizadas em diferentes dimensões interrelacionadas. Destacam-se, em primeiro lugar, a sobrecarga laboral e a inadequada organização do tempo de trabalho, fatores amplamente descritos como determinantes relevantes para o desenvolvimento de burnout (JARADAT *et al.*, 2025; AMIRI *et al.*, 2024). Adicionalmente, as exigências emocionais elevadas inerentes ao exercício profissional configuram um elemento de risco significativo (DŪDINA *et al.*, 2025), sobretudo em contextos que implicam contacto contínuo com sofrimento, responsabilidade acrescida e tomada de decisão complexa. Os fatores organizacionais, incluindo o estilo de liderança e o clima institucional, assumem igualmente um papel determinante na génese e manutenção da sintomatologia associada à síndrome (AMIRI *et al.*, 2024). A dificuldade de conciliação entre a vida profissional e pessoal, bem como os conflitos entre múltiplos papéis desempenhados pelo indivíduo, constituem outra dimensão relevante (DŪDINA *et al.*, 2025). Importa ainda considerar vulnerabilidades individuais que podem aumentar a suscetibilidade ao *burnout*, nomeadamente características pessoais, estratégias de *coping* e condições prévias de saúde mental (VINUEZA-SOLÓRZANO *et al.*, 2023). Por fim, emergências e contextos caracterizados por elevada pressão e imprevisibilidade agravam substancialmente o risco de manifestação desta condição (ALHASSAN *et al.*, 2025).

O *burnout* em profissionais de saúde mental acarreta um conjunto de consequências com repercussões significativas ao nível individual, organizacional e sistémico. Entre os impactos mais evidenciados destacam-se a diminuição da qualidade dos cuidados prestados, o comprometimento da segurança do doente e a redução dos níveis de satisfação dos utentes, refletindo-se diretamente na experiência assistencial e nos resultados em saúde (MOHEBIFAR *et al.*, 2025; VILLALÓN LÓPEZ *et al.*, 2025; LI *et al.*, 2024). No plano organizacional, o *burnout* associa-se ao aumento do absentismo, à intensificação da intenção

de saída da instituição e a maiores índices de rotatividade profissional (*turnover*), fatores que contribuem para a instabilidade das equipas e para o agravamento da sobrecarga laboral entre os profissionais remanescentes (DŪDIŃA *et al.*, 2025; CERELA-BOLTUNOVA *et al.*, 2025). Adicionalmente, esta condição constitui um risco para a resiliência dos sistemas de saúde e para a segurança global dos cuidados, comprometendo a sustentabilidade organizacional e a capacidade de resposta a necessidades complexas (CERELA-BOLTUNOVA *et al.*, 2025; WUDARCZYK *et al.*, 2025). Por fim, o *burnout* tem um impacto significativo na qualidade de vida do profissional, afetando os domínios pessoal, familiar e social, com repercussões no bem-estar global e no equilíbrio psicossocial (XU *et al.*, 2025; ZHU *et al.*, 2023).

Deste modo, identificam-se um conjunto de fatores de risco associados ao desenvolvimento do *burnout*, particularmente em contextos de elevada exigência profissional. Entre os determinantes individuais, salientam-se a idade mais jovem e o menor tempo de serviço, variáveis que se associam a menor experiência profissional e a recursos adaptativos ainda em consolidação (NAGLE *et al.*, 2024). No plano ocupacional, os contextos caracterizados por elevada intensidade emocional e complexidade clínica constituem um fator de vulnerabilidade significativo, dada a exposição contínua a situações de sofrimento, responsabilidade acrescida e tomada de decisão em cenários críticos (KRISHNA *et al.*, 2025; PAKOU *et al.*, 2024). Adicionalmente, o trabalho por turnos, incluindo períodos noturnos e regimes de disponibilidade permanente, associa-se a perturbações do ritmo circadiano, fadiga acumulada e desequilíbrio entre vida profissional e pessoal (QTAIT; ALIA; JARADAT, 2025; MACHADO, 2025). No que concerne às características pessoais, o perfeccionismo, a autoexigência elevada e a dificuldade em estabelecer limites funcionais constituem fatores predisponentes relevantes (NAGLE *et al.*, 2024). A predominância de estratégias de *coping* evitante e de mecanismos desadaptativos de gestão do stress agrava igualmente a suscetibilidade ao *burnout* (WUDARCZYK *et al.*, 2025). Por último, o baixo suporte social, quer ao nível familiar, quer no contexto organizacional, emerge como um importante fator de risco, na medida em que limita os recursos de proteção e a perceção de apoio perante situações adversas (ALHASSAN *et al.*, 2025).

Neste contexto, a implementação de programas estruturados de prevenção e intervenção no *burnout* surge como uma prioridade estratégica em saúde ocupacional (DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2021). A enfermagem de saúde mental, pela sua formação especializada e competências psicoterapêuticas, encontra-se numa posição privilegiada para liderar intervenções centradas na promoção do bem-estar psicológico, no desenvolvimento de estratégias adaptativas de coping e no reforço dos recursos individuais e coletivos dos profissionais (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2023). O presente programa encontra-se ancorado na Teoria das Forças de Gottlieb (2016), privilegiando uma abordagem centrada em recursos, competências e potencialidades individuais e coletivas, orientada para a mobilização de forças internas, a construção de significado e o reforço da autonomia profissional. Assim, este capítulo apresenta um projeto de implementação de um Programa de Prevenção e Intervenção no *Burnout* com Profissionais de Saúde Mental, integrando

um estudo de intervenção quase-experimental, pré-pós-intervenção, de grupo único (sem controlo) e follow-up aos seis meses, descrevendo os seus fundamentos teóricos, estrutura metodológica e contributos esperados para a prática clínica e organizacional.

OBJETIVOS

O objetivo geral do programa é capacitar profissionais de saúde mental para prevenir e/ou reduzir o *burnout*, através de uma intervenção psicoterapêutica especializada em enfermagem, orientada para a promoção do bem-estar psicológico.

Como objetivos específicos, pretende-se: (i) avaliar inicialmente os níveis de *burnout*, o bem-estar psicológico e os conhecimentos sobre gestão do *burnout*; (ii) desenvolver, implementar e avaliar um programa psicoterapêutico estruturado; (iii) reduzir o *burnout*, aumentar o bem-estar psicológico e fortalecer conhecimentos e práticas de autocuidado e gestão do stress; e (iv) explorar as perceções dos participantes e o grau de satisfação com a intervenção.

A avaliação decorrerá em três momentos: T0 (pré-intervenção), T1 (pós-intervenção) e T2 (follow-up aos seis meses), integrando um questionário de satisfação no final da intervenção.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo de intervenção quase-experimental, com desenho pré-pós-intervenção, de grupo único (sem controlo), integrado num projeto de implementação de um programa psicoterapêutico especializado em enfermagem, de abordagem mista (quali-quantitativa), com objetivos exploratórios, descritivos e de avaliação de resultados.

No que respeita à utilização de instrumentos de recolha de dados, será elaborado um questionário *online* destinado ao diagnóstico do serviço (na fase Diagnóstica), o qual integrará variáveis sociodemográficas, bem como itens destinados à avaliação do nível de conhecimentos dos participantes relativamente à temática em estudo. Para além disso, serão ainda aplicados instrumentos validados para a população portuguesa, designadamente o *Copenhagen Burnout Inventory* – versão portuguesa (CBI-PT), conforme adaptação realizada por Fonte (2011), e o Questionário Geral de Bem-Estar Psicológico – versão reduzida (QGBEP-R), segundo Pereira *et al.* (2018), permitindo a avaliação dos níveis de *burnout* e de bem-estar psicológico, respetivamente.

No plano ético, o projeto do programa será submetido a apreciação e aprovação por parte da Comissão de Ética da Instituição, garantindo o cumprimento dos princípios éticos aplicáveis à investigação em contexto de saúde. A participação dos profissionais será de carácter voluntário, assegurando-se a confidencialidade e o anonimato dos dados recolhidos. Será obtido o consentimento informado prévio e garantido o direito à desistência

em qualquer momento, sem qualquer prejuízo para os participantes.

São definidos como critérios de inclusão: ser profissional de saúde em exercício de funções em contexto de Saúde Mental e idade igual ou superior a 18 anos. Como critério de exclusão, considerar-se-á a existência de diagnóstico prévio de perturbação mental grave, sempre que tal condição possa comprometer a participação plena e segura no programa de intervenção.

A fase diagnóstica tem como finalidade caracterizar o perfil sociodemográfico e profissional dos participantes, bem como avaliar os níveis iniciais de *burnout*, de bem-estar psicológico e os fatores psicossociais associados ao contexto laboral. Esta etapa constitui um momento fundamental para a identificação de necessidades específicas de intervenção, permitindo a adequação do programa às características e exigências do grupo-alvo. Este procedimento encontra respaldo na literatura, que enfatiza a importância de uma avaliação prévia estruturada para a definição de estratégias interventivas ajustadas e fundamentadas (NAGLE *et al.*, 2024; JARADAT *et al.*, 2025).

A fase de intervenção consiste na implementação de um programa psicoterapêutico estruturado, desenvolvido em formato de grupo fechado, integrando entre três a dez profissionais. O programa organiza-se em cinco sessões semanais, com a duração aproximada de 45 minutos cada, assegurando continuidade, coesão grupal e aprofundamento progressivo dos conteúdos trabalhados. As sessões são conduzidas por enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, centrando-se na gestão do *stress*, no desenvolvimento de estratégias de *coping* adaptativas, na promoção do autocuidado e no fortalecimento da resiliência psicológica, de acordo com modelos de intervenção baseados na evidência (MASLACH, 1998; DŪDIÑA; MARTINSONE, 2025). Assim, são integradas intervenções de psicoeducação sobre *burnout*, autocuidado e definição de prioridades, de acordo com a Ordem dos Enfermeiros (2023) e Silva *et al.* (2020). Inclui-se, igualmente, a prática de relaxamento muscular progressivo, enquanto técnica de regulação fisiológica e redução da ativação associada ao *stress* (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2023). É ainda utilizado o mediador expressivo literário “3 Forças vs 3 Stressores”, orientado para a identificação de recursos pessoais e fatores de vulnerabilidade, promovendo a reestruturação cognitiva e a valorização das forças individuais, à luz dos contributos da psicologia positiva e dos modelos de *coping* (SELIGMAN, 2002; LAZARUS; FOLKMAN, 1984). As sessões contemplam momentos estruturados de reflexão e partilha em grupo, favorecendo a validação emocional, o suporte entre pares e a construção coletiva de estratégias adaptativas (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2023).

Este enquadramento metodológico visa potenciar a integração entre conhecimento teórico, experiência vivencial e mobilização de recursos individuais e coletivos, promovendo ganhos sustentáveis ao nível do bem-estar psicológico dos participantes.

A avaliação do programa é realizada em três momentos: antes da intervenção (T0), imediatamente após a sua conclusão (T1) e num follow-up aos seis meses (T2), metodologia

amplamente utilizada em estudos de intervenção nesta área (O'CONNOR et al., 2018). No plano quantitativo, procede-se à aplicação do CBI-PT, do QGBEP-R e do questionário de conhecimentos em T1 e T2, possibilitando a análise das variações nos níveis de burnout, bem-estar psicológico e literacia específica sobre gestão do stress e autocuidado. No plano qualitativo, são realizadas entrevistas de grupo centradas nas reflexões e partilhas emergentes ao longo da intervenção, sendo os dados submetidos a análise de conteúdo, com vista à identificação de categorias temáticas relevantes, percepções subjetivas de mudança e significados atribuídos à experiência vivenciada.

Adicionalmente, a dimensão da satisfação é avaliada através da aplicação de um questionário final, destinado a aferir a percepção dos participantes quanto à utilidade, relevância, aplicabilidade prática e impacto global do programa.

RESULTADOS ESPERADOS

Espera-se que a implementação do programa conduza a uma redução significativa dos níveis de *burnout*, particularmente nas dimensões de exaustão emocional e despersonalização, bem como a um aumento da realização profissional, em consonância com evidência proveniente de estudos de intervenção prévios nesta área (SILVA et al., 2020; ALHASSAN et al., 2025). Esta redução deverá traduzir-se numa melhoria consistente do funcionamento ocupacional e na diminuição do impacto do stress crónico no desempenho profissional.

Prevê-se igualmente um aumento do bem-estar psicológico global e da satisfação profissional, acompanhado de uma redução de sintomas associados ao stress ocupacional, ansiedade e exaustão emocional, bem como de um incremento da literacia em *burnout* e das competências de autorregulação emocional (LI et al., 2024; XU et al., 2025). A aquisição de conhecimentos específicos e de estratégias práticas de autocuidado contribuirá para uma maior consciência dos limites profissionais, para o reforço das estratégias de *coping* adaptativas e para a promoção de um equilíbrio emocional mais estável e funcional.

A médio prazo, antecipa-se que os efeitos da intervenção se mantenham, evidenciando sustentação dos ganhos obtidos no follow-up aos seis meses. Espera-se, ainda, um impacto positivo ao nível da satisfação profissional, da redução da intenção de abandono da profissão e da melhoria do clima organizacional. Paralelamente, prevê-se que os benefícios do programa se reflitam na qualidade e segurança dos cuidados prestados, através da diminuição de erros associados à fadiga emocional e ao stress crónico, conforme descrito na literatura (VILLALÓN LÓPEZ et al., 2025; LI et al., 2024).

ANÁLISE SWOT

A análise SWOT realizada ao presente programa permite identificar, de forma estruturada, os principais fatores internos e externos associados à sua implementação,

contribuindo para uma compreensão estratégica da sua viabilidade e sustentabilidade.

No que concerne às forças (*Strengths*), destaca-se a sólida base científica que sustenta a intervenção, bem como o seu enquadramento ético rigoroso, assegurando conformidade com os princípios da boa prática clínica e da investigação em saúde. Acresce a existência de uma equipa especializada em enfermagem de saúde mental, detentora de competências psicoterapêuticas reconhecidas, o que confere consistência técnica e qualidade à intervenção. Salienta-se ainda o carácter estruturado do programa psicoterapêutico, com objetivos definidos, metodologia clara e instrumentos de avaliação validados, bem como a sua adequação às necessidades reais dos profissionais de saúde mental identificadas na fase diagnóstica (NAGLE *et al.*, 2024).

Relativamente às fraquezas (*Weaknesses*), evidenciam-se limitações inerentes à dimensão reduzida da amostra e à implementação em contexto único, o que pode restringir a generalização dos resultados. A inexistência de grupo de controlo constitui igualmente uma limitação metodológica, condicionando a robustez comparativa dos achados. Acresce a curta duração da implementação, que poderá limitar a consolidação de mudanças mais profundas e sustentadas. Estas fragilidades são frequentemente referidas em intervenções desenvolvidas no âmbito da saúde ocupacional (JARADAT *et al.*, 2025).

No que respeita às oportunidades (*Opportunities*), destaca-se o potencial de replicação e adaptação do programa a outros contextos institucionais e áreas da saúde, ampliando o seu impacto. Sublinha-se, ainda, a possibilidade de integração em programas e estratégias promovidas por entidades como a Direção-Geral da Saúde ou pela Ordem dos Enfermeiros, reforçando políticas de promoção da saúde ocupacional e de bem-estar organizacional. O programa constitui igualmente uma oportunidade de valorização do papel do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica na prevenção e intervenção no *burnout*, reforçando a visibilidade da sua competência clínica especializada (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2023).

Por fim, no domínio das ameaças (*Threats*), identificam-se potenciais constrangimentos organizacionais, resistência à participação por parte dos profissionais ou dificuldades decorrentes da falta de tempo disponível. Acrescem limitações de recursos humanos e financeiros, bem como a elevada carga laboral característica destes contextos, que pode aumentar o risco de desistência e comprometer a continuidade do programa. Estes desafios encontram-se amplamente descritos como fatores que condicionam a implementação sustentável de intervenções em saúde mental ocupacional (ZHU *et al.*, 2023).

CONCLUSÃO

O Programa de Prevenção e Intervenção no *Burnout* com Profissionais de Saúde Mental constitui uma resposta estruturada, sistematizada e sustentada na evidência científica a um problema de elevada relevância nos sistemas de saúde contemporâneos.

A elevada prevalência de *burnout* neste grupo, bem como o seu impacto na saúde dos profissionais, na qualidade dos cuidados e na sustentabilidade das organizações, reforça a necessidade de intervenções preventivas e terapêuticas especificamente dirigidas a estes profissionais.

Em coerência com a Teoria das Forças de Gottlieb (2016), o programa privilegia a mobilização de recursos e o reforço da autonomia profissional, favorecendo processos sustentados de integração e desenvolvimento pessoal. A intervenção psicoterapêutica especializada em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica apresenta potencial para capacitar os profissionais, fortalecer o bem-estar psicológico, desenvolver estratégias adaptativas de *coping* e prevenir/reduzir o *burnout*. Os benefícios esperados poderão ultrapassar a dimensão individual, com repercussões no plano organizacional, ao contribuir para ambientes de trabalho mais saudáveis, equipas mais resilientes e culturas institucionais mais humanizadas e seguras.

A Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica assume, assim, um papel central na promoção da saúde mental ocupacional, afirmando-se como área estratégica na conceção e implementação de programas desta natureza. O presente programa é aplicável e ajustável a diferentes contextos institucionais, podendo ser integrado nas políticas organizacionais de saúde. Recomenda-se que avaliações futuras incluam amostras multicêntricas e, sempre que exequível, grupos de comparação, reforçando a robustez da evidência sobre eficácia e custo-efetividade. A disseminação e avaliação contínua poderão constituir um contributo relevante para a promoção sustentada do bem-estar dos profissionais e para a melhoria da qualidade e segurança dos cuidados prestados.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Os autores declaram não possuir conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, política, académica ou pessoal.

REFERÊNCIAS

- ALHASSAN, M. A.; ALARABI, M.; ALASSAN, S. A.; ALBALAWI, W. M.; ALRABIAH, E. S.; VAZQUEZ, A. C. S. Prevalence of burnout and its risk and protective factors among healthcare workers in the Middle East, North Africa, and Turkey: a systematic review and meta-analysis. **Frontiers in Psychology**, v. 16, art. 1539105, 2025. DOI: 10.3389/fpsyg.2025.1539105.
- AMIRI, S.; MAHMOOD, N.; MUSTAFA, H.; JAVAID, S. F.; KHAN, M. A. B. Occupational risk factors for burnout syndrome among healthcare professionals: a global systematic review and meta-analysis. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 21, n. 12, p. 1583, 2024. DOI: 10.3390/ijerph21121583.
- BYKOV, K. V. *et al.* Prevalence of burnout among psychiatrists: a systematic review and

meta-analysis. **Journal of Affective Disorders**, v. 308, p. 47–64, 2022. DOI: 10.1016/j.jad.2022.04.005.

CERELA-BOLTUNOVA, O.; MILLERE, I.; NAGLE, E. Moral distress, professional burnout, and potential staff turnover in intensive care nursing practice in Latvia – Phase 1. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 22, n. 8, p. 1261, 2025. DOI: 10.3390/ijerph22081261.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. **Programa Nacional de Saúde Ocupacional – Guia Técnico n.º 3: Vigilância da saúde dos trabalhadores expostos a fatores de risco psicossocial no local de trabalho**. Lisboa: DGS, 2021.

DŪDIŅA, K.; MARTINSONE, B. Psychosocial risks and protective factors for healthcare worker burnout during the post-acute phase of the COVID-19 pandemic. **European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education**, v. 15, n. 9, p. 186, 2025. DOI: 10.3390/ejihpe15090186.

FONTE, C. **Adaptação e validação para português do Copenhagen Burnout Inventory (CBI)**. 2011. Dissertação (Mestrado) – Universidade de Coimbra, Coimbra, 2011.

GOTTLIEB, L. N. **O cuidar em enfermagem baseado nas forças: saúde e cura para a pessoa e família**. Loures: Lusodidacta, 2016.

JARADAT, Y.; MAHAREQ, O.; GANAZREH, S.; MANASREH, T.; SHABAN, M. Systematic review on occupational stress and its risk factors among nurses. **Nursing Depths Series**, v. 4, p. 419, 2025. DOI: 10.56294/nds2025419.

KRISHNA, G. G.; HARBLI, N. M. A.; KRISHNAN, N.; GHUNDUL, L. B.; ALDHAHRI, R.; ALDOSSARY, A. B.; MARGALANI, A. O.; ALMESHARI, M.; ALWADEAI, K. S.; ALSHEHRI, R. A.; ALKHATHAMI, A. A. A.; SREEDHARAN, J. K.; ALAHMARI, A. D. Burnout among ICU and non-ICU healthcare professionals in Saudi Arabia: a comparative cross-sectional analysis. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, v. 18, p. 995-1005, 2025. DOI: 10.2147/JMDH.S503896.

LI, L. Z. *et al.* Nurse burnout and patient safety, satisfaction, and quality of care: a systematic review and meta-analysis. **JAMA Network Open**, v. 7, n. 11, e2443059, 2024. DOI: 10.1001/jamanetworkopen.2024.43059.

MACHADO, J. F. P. Burnout em profissionais que trabalham em escala de turno. **Revista REMECS – Revista Multidisciplinar de Estudos Científicos em Saúde**, 2025. Disponível em: <https://revistaremeccs.com.br/index.php/remecs/article/view/1847>.

MASLACH, C. Burnout: a multidimensional perspective. In: SCHAUFELI, W.; MASLACH, C.; MAREK, T. (org.). **Professional burnout: recent developments in theory and research**. London: Taylor & Francis, 1998. p. 19–32.

MASLACH, C.; JACKSON, S. E. The measurement of experienced burnout. **Journal of Occupational Behaviour**, v. 2, n. 2, p. 99–113, 1981. DOI: 10.1002/job.4030020205.

MOHEBIFAR, M.; AHMADI, M.; MORADI, S. Medication administration errors and predictive role of resilience and emotional exhaustion in a sample of Iranian nurses. **BMC Nursing**, v. 24, art. 186, 2025. DOI: 10.1186/s12912-025-02826-2.

NAGLE, E. *et al.* Factors affecting healthcare workers burnout and their conceptual models: scoping review. **BMC Psychology**, v. 12, art. 637, 2024. DOI: 10.1186/s40359-024-02130-9.

O'CONNOR, K.; MULLER NEFF, D.; PITMAN, S. Burnout in mental health professionals: a systematic review and meta-analysis of prevalence and determinants. **European Psychiatry**, v. 53, p. 74–99, 2018. DOI: 10.1016/j.eurpsy.2018.06.003.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Guia orientador de boas práticas de intervenção psicoterapêutica de enfermagem**. 1. ed. Lisboa: Papa-Letras, 2023.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Burn-out an “occupational phenomenon”: International Classification of Diseases**. Genebra: WHO, 2019a.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **International Classification of Diseases – 11th edition (ICD-11) for mortality and morbidity statistics**. Genebra: WHO, 2019b.

PAKOU, V.; TSARTSALIS, D.; PAPATHANAKOS, G.; DRAGIOTI, E.; GOUVA, M.; KOULOOURAS, V. Personality traits, burnout, and psychopathology in healthcare professionals in intensive care units—A moderated analysis. **Healthcare**, v. 12, n. 5, art. 587, 4 mar. 2024. DOI: 10.3390/healthcare12050587.

PEREIRA, A. *et al.* Adaptação e validação do Questionário Geral de Bem-Estar Psicológico: análise fatorial confirmatória da versão reduzida. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 4, n. 18, p. 41–50, 2018. DOI: 10.12707/RIV18026.

QTAIT, Mohammed; ALIA, Mohammad Fisal; JARADAT, Yousef. The impact of rotating shift work on nurse burnout: a systematic review of contributing factors and organizational strategies. **SAGE Open Nursing**, v. 11, art. 23779608251374232, 3 set. 2025. DOI: 10.1177/23779608251374232. PubMed PMID: 40919288.

SILVA, I. S. *et al.* Programas de intervenção na síndrome de burnout: uma revisão integrativa da literatura. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 10, e4402, 2020. DOI: 10.25248/reas.e4402.2020.

VILLALÓN LÓPEZ, F. *et al.* Impact of burnout on turnover, medical errors, medical leave and contributing factors among Chilean physicians. **BMJ Open**, v. 15, n. 5, e099773, 2025. DOI: 10.1136/bmjopen-2025-099773.

VINUEZA-SOLÓRZANO, A. M. *et al.* A systematic review of burnout among healthcare professionals in Latin America. **Revista Psicologia: Organizações e Trabalho**, v. 23, n. 3, p. 2616–2624, 2023. DOI: 10.5935/rpot/2023.3.24803.

WUDARCZYK, B. *et al.* Factors influencing burnout, stress levels, and coping strategies among nursing staff in intensive care units. **Frontiers in Public Health**, v. 13, art. 1530353,

2025. DOI: 10.3389/fpubh.2025.1530353.

XU, H. *et al.* Network analysis of burnout, depression, and anxiety with occupational and personal outcomes among clinical nurses in China. **Scientific Reports**, v. 15, n. 1, art. 37042, 2025. DOI: 10.1038/s41598-025-20865-2.

ZHU, H. *et al.* Prevalence of burnout and mental health problems among medical staff during the COVID-19 pandemic: a systematic review and meta-analysis. **BMJ Open**, v. 13, e061945, 2023. DOI: 10.1136/bmjopen-2022-061945.

Olga Maria Martins de Sousa Valentim¹;

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

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

Lídia Susana Mendes Moutinho²;

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

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

José Falé³;

Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Lisboa (ESEUL), Lisboa, Portugal.

Rita Peres⁴;

Escola Superior de Hotelaria e Turismo do Estoril (ESHTe), Estoril, Portugal; Centro de
Investigação, Desenvolvimento e Inovação em Turismo (CiTUR), Portugal.

<https://orcid.org/0000-0002-5111-3406>

António Gonçalves⁵;

Escola Superior de Hotelaria e Turismo do Estoril (ESHTe), Estoril, Portugal.

Tânia Sofia Pereira Correia⁶;

¹Escola Superior de Saúde de Viseu do Instituto Politécnico de Viseu (ESSV-IPV), Viseu,
Portugal; RISE-Health, Porto, Portugal e UICISA:E, Coimbra, Portugal.

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

Inês Robalo Nunes⁷;

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

<https://orcid.org/0000-0003-4718-8285>

Margarida Alexandra Rodrigues Tomás⁸;

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

<https://orcid.org/0000-0001-8047-3489>

Fernanda Paula Santos Leal⁹.

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

<http://orcid.org/0000-0002-8949-3360>

RESUMO: A saúde mental dos estudantes do ensino superior tem assumido crescente relevância, face ao aumento de stress académico, sofrimento emocional e procura de apoio. **Objetivo:** Compreender as perceções e os significados atribuídos à saúde mental por estudantes do ensino superior. **Método:** Estudo qualitativo exploratório, recorrendo ao *World Café*. Participaram 46 estudantes de diferentes cursos, numa sessão com três mesas temáticas (significados/ perceções; vulnerabilidade/ sofrimento; estratégias/necessidades de apoio). Os dados foram recolhidos através de registos escritos (post-its, folhas de trabalho e cartazes) e analisados por análise temática, com codificação independente e consenso. **Resultados:** Emergiram três temas: (1) conceptualização holística da saúde mental como equilíbrio emocional, relacional e identitário; (2) vivência de um contexto académico exigente, com sobrecarga avaliativa e perceção de baixa responsividade institucional, agravada por fatores pessoais e sociais; (3) estratégias de autorregulação e suporte informal, coexistindo com necessidades de maior acessibilidade ao apoio psicológico, atividades de bem-estar e capacitação para apoio entre pares. **Conclusão:** Os resultados reforçam a necessidade de respostas institucionais integradas e co-construídas com estudantes, orientadas para prevenção, acesso oportuno e ambientes académicos mais saudáveis.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde mental. Ensino superior. *World Café*.

MENTAL HEALTH IN ACADEMIA: STUDENTS' PERSPECTIVES

ABSTRACT: Mental health among higher education students has become increasingly relevant due to rising academic stress, emotional distress and demand for support. **Objective:** To understand how higher education students define and make sense of mental health. **Method:** Exploratory qualitative study using the *World Café* method. Forty-six students from different programmes participated in a session organised around three thematic tables (meanings/perceptions; vulnerability/distress; *coping* strategies/institutional needs). Data was collected through written artefacts (post-its, worksheets and posters) and analysed through thematic analysis with independent coding and team consensus. **Results:** Three themes emerged: (1) a holistic view of mental health as emotional, relational and identity-related balance; (2) an academically demanding context characterised by assessment overload and perceived low institutional responsiveness, compounded by personal and social stressors; (3) coping through self-regulation and informal support, alongside clear calls for improved access to psychological support, well-being activities and peer-support

training. **Conclusion:** Findings support integrated, student-informed institutional responses combining prevention, timely support and healthier academic environments.

KEY-WORDS: Mental health. Higher education. World Café.

INTRODUÇÃO

A saúde mental dos estudantes do ensino superior constitui, atualmente, um desafio de dimensão global, refletido no aumento de sintomas de ansiedade, depressão, *stress* e *burnout*, com repercussões no desempenho académico, na qualidade de vida e na permanência no percurso formativo (ROY; BISWAS; SHARMA, 2025). Trata-se de um fenómeno de natureza multifatorial, resultante da interação entre exigências académicas e avaliativas, pressão para o desempenho, instabilidade económica, fragilidade das redes de apoio e fatores culturais e organizacionais das instituições de ensino superior (PÉREZ-JORGE *et al.*, 2025).

Importa sublinhar que estes efeitos não se manifestam de forma uniforme. A literatura aponta maior vulnerabilidade em estudantes deslocados, com redes sociais frágeis e/ou em contextos socioeconómicos adversos, associando-se a maiores dificuldades de adaptação e de regulação emocional (MASSANO-CARDOSO; FIGUEIREDO; GALHARDO, 2024). Em resposta, têm sido desenvolvidas intervenções de base comunitária, como mentoria e apoio entre pares, bem como políticas institucionais orientadas para a promoção do bem-estar. Contudo, a evidência sobre a efetividade destas estratégias permanece, em alguns contextos, inconclusiva ou limitada (GAIOOTTO *et al.*, 2021; POINTON-HAAS *et al.*, 2023).

Neste enquadramento, a Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Lisboa (ESEUL) e a Escola Superior de Hotelaria e Turismo do Estoril (ESHTE) estruturaram o STUDENTWELL-Be (Serviço de Saúde Mental e Bem-Estar), assente num modelo *stepped care* (StepEES), que organiza respostas graduadas — da promoção e literacia em saúde mental ao apoio por pares, intervenções breves e psicoterapêuticas, e referenciação/encaminhamento quando necessário.

Apesar do avanço do conhecimento, persiste uma lacuna na compreensão dos significados que os estudantes atribuem à saúde mental e na forma como definem necessidades e prioridades de apoio no contexto académico. Assim, este estudo, desenvolvido no âmbito do STUDENTWELL-Be, procurou responder à questão: **quais são as perceções e os significados que os estudantes atribuem à saúde mental?** Teve como objetivo compreender esses significados, explorando fatores de vulnerabilidade e estratégias de bem-estar, de modo a informar práticas e políticas institucionais mais responsivas e centradas nos estudantes.

METODOLOGIA

Realizou-se um estudo qualitativo exploratório, que pretendeu compreender significados, percepções e experiências dos participantes. A recolha de dados recorreu à metodologia *World Café*, que promove diálogo colaborativo em pequenos grupos e a co-construção de sentidos a partir de questões geradoras (BROWN; ISAACS, 2005; LÖHR; WEINHARDT; SIEBER, 2020), sendo reconhecida como abordagem participativa adequada à exploração de experiências e à formulação de recomendações orientadas para a ação em contextos aplicados (SCHIELE *et al.*, 2022). O estudo foi desenvolvido no âmbito do STUDENTWELL-Be, no contexto das instituições parceiras (ESEL e ESHTe), utilizando o *World Café* como dispositivo participativo para recolher contributos dos estudantes e apoiar a co-construção de respostas institucionais orientadas para o bem-estar.

A sessão decorreu em outubro de 2025, com duração de 2h15. Foram organizadas três mesas com os temas: (i) significados e percepções da saúde mental; (ii) vulnerabilidade e sofrimento; e (iii) estratégias e bem-estar. Foram realizadas rondas de 45 minutos, com rotação dos participantes entre mesas, de modo a ampliar a diversidade de contributos e favorecer a triangulação de perspetivas em torno dos tópicos discutidos.

A amostra, de conveniência, integrou 46 estudantes de licenciatura de diferentes áreas (hotelaria, turismo, animação, informação turística e produção alimentar). Os dados foram recolhidos através de registos escritos produzidos durante a atividade (post-its, folhas de trabalho e cartazes), complementados por notas de campo dos facilitadores. Não foram efetuadas gravações áudio/vídeo, com o objetivo de proteger o anonimato e promover a expressão livre.

A análise seguiu uma abordagem de análise temática, numa orientação reflexiva (BRAUN; CLARKE, 2006, 2021), incluindo as etapas de familiarização com os dados, codificação inicial e desenvolvimento e revisão de temas, assegurando clareza no processo interpretativo e coerência entre dados, códigos e temas. O processo foi conduzido por duas investigadoras, de forma independente, com discussão e consenso em equipa. Para reforçar o rigor metodológico, a descrição do estudo foi orientada pelas diretrizes COREQ (TONG; SAINSBURY; CRAIG, 2007). Foram assegurados os princípios éticos de participação voluntária, confidencialidade e utilização exclusiva dos dados para fins de investigação. Em caso de necessidade, estava previsto encaminhamento para apoio psicológico no âmbito do STUDENTWELL-Be.

RESULTADOS

A análise temática reflexiva do *corpus* produzido no *World Café* (post-its, folhas-síntese por mesa e notas de campo da equipa) permitiu construir uma estrutura temática composta por três temas principais e doze subtemas, organizada em torno de: (1) significados e percepções de saúde mental na academia; (2) fatores de vulnerabilidade e experiências de

sofrimento; e (3) estratégias de *coping*, recursos e necessidades institucionais (Quadro 1).

Atendendo à natureza do método (registos breves e sínteses coletivas), os excertos apresentados correspondem a vinhetas sintetizadas e verosímeis, elaboradas para ilustrar as ideias partilhadas, preservando o seu sentido global sem correspondência literal a um único participante - opção que reforça a proteção da confidencialidade.

Quadro 1 - Estrutura temática (temas e subtemas).

Tema	Subtemas
Tema 1. Significados e perceções de saúde mental na academia	1. Saúde mental como equilíbrio e bem-estar 2. Autoconhecimento e autorregulação emocional 3. Pertença, relações e suporte 4. Normalização do sofrimento e estigma 5. Mensagens aos estudantes do 1.º ano
Tema 2. Fatores de vulnerabilidade e experiências de sofrimento	1. Sobrecarga curricular e avaliação 2. Exigências de práticas/estágios e contacto com o público 3. Cansaço, privação de sono e sinais de <i>burnout</i> 4. Vulnerabilidades pessoais e familiares 5. Condições socioeconómicas e deslocação 6. Isolamento e comparação social
Tema 3. Estratégias de <i>coping</i> , recursos e necessidades institucionais	1. Rede informal de apoio 2. Gestão do tempo e rotinas saudáveis 3. Estratégias de autorregulação (lazer, exercício, <i>mindfulness</i>) 4. Procura de ajuda formal: facilitadores e barreiras 5. Recomendações para uma abordagem institucional integrada

Tema 1 — Significados e perceções de saúde mental na academia.

Os estudantes conceptualizaram a saúde mental como um processo dinâmico de equilíbrio entre exigências internas e externas, associado a tranquilidade, motivação e capacidade de funcionamento no quotidiano. Esta visão aproximou-se de uma perspetiva de saúde mental positiva, valorizando o autoconhecimento, a autorregulação emocional e a construção de sentido como competências a desenvolver ao longo do percurso formativo. Em paralelo, emergiu uma leitura relacional: “estar bem” depende do sentido de pertença, do apoio entre pares e do reconhecimento por parte de docentes e estruturas académicas. Apesar disso, os participantes referiram a tendência para normalizar o sofrimento psicológico (“faz parte do curso”) e o receio de julgamento quando se expressa fragilidade, o que pode atrasar a procura de ajuda (Quadro 2).

Quadro 2 - Tema 1 e subtemas: códigos e excertos ilustrativos.

Subtema	Indicadores/ códigos	Excertos ilustrativos	Síntese interpretativa
Equilíbrio e bem-estar	equilíbrio; tranquilidade; 'estar bem consigo'; funcionalidade	"Saúde mental é ter paz e conseguir 'dar conta' do dia." "É equilíbrio entre o que sinto e o que tenho de fazer."	A saúde mental é conceptualizada como estabilidade e capacidade de funcionamento, não apenas ausência de doença.
Autoconhecimento e autorregulação	autoconsciência; gestão emocional; autocontrolo; limites	"Quando me conheço melhor, consigo perceber sinais de alerta." "Aprender a pôr limites também é saúde mental."	A saúde mental positiva é associada a competências socioemocionais aprendidas e treináveis.
Pertença e suporte	sentido de pertença; apoio dos pares; validação; segurança relacional	"Ter pessoas com quem posso falar sem medo faz toda a diferença." "Quando a turma se apoia, a ansiedade baixa."	O suporte social é descrito como amortecedor de stress e fator de proteção.
Normalização do sofrimento e estigma	'faz parte'; silêncio; medo de julgamento; estigma	"Às vezes parece que sofrer é 'normal' aqui." "Tenho receio de ser vista como fraca se pedir ajuda."	A cultura académica pode reforçar ocultação do sofrimento e atraso na procura de apoio formal.
Mensagens aos estudantes do 1.º ano	acolhimento; expectativas realistas; pedir ajuda; autocuidado	"Não tens de aguentar tudo sozinho." "Organiza-te cedo e pede apoio quando precisares."	Os estudantes salientam prevenção primária: rotinas, literacia e normalização da procura de ajuda.

Tema 2 — Fatores de vulnerabilidade e experiências de sofrimento.

As fontes de vulnerabilidade descritas resultaram da conjugação entre exigências académicas (carga horária, densidade de avaliações, prazos curtos) e desafios próprios de cursos com forte componente prática e contacto com o público (estágios curriculares, desempenho "visível", gestão de interações exigentes). Em alguns casos, a sobrecarga foi amplificada pela conciliação com trabalho parcial, em setores com horários irregulares, com impacto na recuperação. Foram relatados cansaço persistente, privação de sono e sinais compatíveis com exaustão emocional, sobretudo em períodos de avaliação. Entre estudantes deslocados, destacaram-se fatores socioeconómicos (habitação, custo de vida, insegurança financeira) e o afastamento das redes de apoio, associados a solidão e insegurança. Vulnerabilidades familiares (conflitos, doença, luto, separações) surgiram como fatores concorrentes que intensificam a sobrecarga, e o isolamento e a comparação social (incluindo redes sociais) foram descritos como potenciadores de autocrítica e mal-estar (Quadro 3).

Quadro 3 — Tema 2 e subtemas: códigos e excertos ilustrativos.

Subtema	Indicadores / códigos	Excertos ilustrativos	Síntese interpretativa
Sobrecarga curricular e avaliação	prazos; exames; múltiplas avaliações; pressão de desempenho	“Sinto que estou sempre a estudar para ‘a próxima entrega’.” “Há semanas em que é impossível respirar.”	A organização curricular é vivida como altamente exigente, com impacto direto no stress e na qualidade de vida.
Exigências de práticas/estágios e contacto com o público	estágio curricular; avaliação em contexto real; atendimento ao público; imagem profissional; gestão de conflitos; supervisão	“No estágio sinto que tenho de estar ‘sempre bem’, mesmo quando estou cansado.” “Trabalhar com público exige energia que às vezes já não tenho.”	A componente prática e o contacto com o público adicionam carga emocional e exigem suporte estruturado durante os estágios.
Cansaço e sinais de <i>burnout</i>	exaustão; privação de sono; desmotivação; ‘piloto automático’	“Durmo pouco e ando sempre em modo automático.” “Há dias em que penso: ‘não aguento mais’.”	Descrições de fadiga persistente sugerem risco acrescido de <i>burnout</i> académico.
Vulnerabilidades pessoais/familiares	conflitos; doença; luto; separação; instabilidade	“O divórcio dos meus pais aconteceu e eu continuei a ter de cumprir tudo.” “Quando há problemas em casa, o curso não pára.”	Eventos de vida concorrentes podem reduzir recursos de <i>coping</i> e aumentar risco de crise.
Condições socioeconómicas e deslocação	habitação; custo de vida; deslocação; trabalho; insegurança financeira	“Ser estudante deslocado é lidar com a solidão e com as despesas.” “A crise da habitação pesa todos os dias.”	A vulnerabilidade socioeconómica surge como determinante social com impacto na saúde mental.
Isolamento e comparação social	solidão; pertença frágil; comparação; redes sociais	“Vejo os outros ‘a dar conta’ e sinto-me a falhar.” “Quando me isolo, a ansiedade aumenta.”	A comparação e o isolamento reforçam a autocrítica e podem intensificar sintomas internalizantes.

Tema 3 — Estratégias de *coping*, recursos e necessidades institucionais.

As estratégias de *coping* combinaram recursos individuais (planeamento do tempo, rotinas de sono e alimentação, exercício físico, técnicas de respiração/*mindfulness*) com recursos relacionais (apoio entre pares, partilha com família e amigos). Contudo, os estudantes sublinharam que o *coping* individual tem limites quando a pressão é

percebida como estrutural e contínua. A procura de ajuda formal (psicologia/psiquiatria) foi reconhecida como necessária, mas condicionada por barreiras como falta de tempo, custos, desconhecimento de circuitos de acesso, estigma e percepção de listas de espera. Como recomendações, os participantes apontaram para uma abordagem institucional integrada: reforço e proximidade dos serviços de saúde mental, mecanismos de triagem e resposta célere, capacitação de docentes e tutores para identificação de sinais de alerta, programas de apoio entre pares e ajustamentos na organização pedagógica (calendarização de avaliações, tempos de recuperação e espaços de “descompressão”) (Quadro 4).

Quadro 4 - Tema 3 e subtemas: códigos e excertos ilustrativos.

Subtema	Indicadores/ códigos	Excertos ilustrativos	Síntese interpretativa
Rede informal de apoio	pares; família; amigos; partilha; pertença	“Quando falo com colegas, sinto-me menos sozinho.” “Só melhorei quando pedi ajuda a alguém de confiança.”	O suporte social é central, sobretudo em fases de maior exigência.
Gestão do tempo e rotinas saudáveis	planeamento; prioridades; sono; alimentação; pausas	“A agenda salva-me, mas também preciso de aprender a parar.” “Dormir é ‘estudar’: quando não durmo, tudo piora.”	Estratégias de autocuidado são vistas como competências académicas e de saúde.
Autorregulação (lazer, exercício, <i>mindfulness</i>)	atividade física; hobby; respiração; meditação; natureza	“Caminhar 20 minutos ajuda-me a ‘desligar’.” “Respirar e voltar ao presente evita que a ansiedade ‘dispare’.”	Estratégias de regulação emocional são descritas como eficazes para reduzir reatividade ao stress.
Procura de ajuda formal	psicologia; consulta; encaminhamento; confidencialidade; acesso	“Queria marcar consulta, mas não sei por onde começar.” “Se fosse mais rápido e perto da escola, eu ia.”	A acessibilidade percebida e a literacia sobre serviços influenciam a procura de ajuda.
Recomendações institucionais	triagem; resposta rápida; formação docente; <i>peer support</i> ; calendário	“Precisamos de um sítio onde possamos ser ouvidos ‘sem burocracia’.” “Se os professores falassem mais disto, era mais fácil pedir ajuda.”	Os estudantes propõem medidas multicomponentes, alinhadas com uma abordagem institucional (<i>‘whole-university’</i>).

DISCUSSÃO

Os resultados reforçam a compreensão da saúde mental no ensino superior como um fenómeno multinível, no qual fatores individuais, relacionais, sociais e institucionais se interligam. Em linha com sínteses recentes que evidenciam elevada prevalência de sintomas de depressão, ansiedade, stress e perturbações do sono em estudantes universitários (PAIVA *et al.*, 2025), os participantes descrevem um quotidiano marcado por pressão de desempenho, sobrecarga avaliativa e cansaço persistente, com impacto na qualidade de vida e no funcionamento académico.

Saúde mental como equilíbrio e saúde mental positiva.

A conceptualização de saúde mental como equilíbrio e capacidade de funcionar — associada a autoconhecimento e autorregulação — aproxima-se de perspetivas de saúde mental positiva e *flourishing*. Estudos recentes apontam a autocompaixão como variável protetora, associada a menor depressão/ansiedade e maior bem-estar em estudantes universitários (DURAKU *et al.*, 2024; ROY; BISWAS; SHARMA, 2025). Para além da dimensão intrapessoal, os estudantes salientam o sentido de pertença e o suporte entre pares e docentes, sugerindo que a saúde mental é também construída relacionalmente. Neste sentido, as mensagens dirigidas aos estudantes do 1.º ano podem ser entendidas como recomendações de prevenção primária, centradas em literacia em saúde mental, normalização da procura de ajuda e desenvolvimento de competências socioemocionais, com potencial para contrariar a normalização do sofrimento e reduzir barreiras associadas ao estigma.

Sobrecarga e especificidades de cursos com componente prática.

A sobrecarga curricular e a densidade de avaliações emergem como determinantes organizacionais do sofrimento, consistentes com evidência que associa stress académico e pressão avaliativa a pior bem-estar e funcionamento no ensino superior (PÉREZ-JORGE *et al.*, 2025). Em cursos com forte componente prática e contacto com o público, a pressão de desempenho tende a ser amplificada pela avaliação em contexto real, tornando mais salientes o medo de falhar, a exposição social e as exigências de autorregulação emocional. Este quadro ajuda a compreender a presença de sinais de desgaste e privação de sono e sugere risco acrescido de *burnout* académico quando a intensidade se mantém prolongadamente, sem tempos de recuperação adequados. Assim, intervenções centradas apenas no *coping* individual tendem a ser insuficientes se não forem acompanhadas por mudanças pedagógicas e organizacionais, como calendarização mais equilibrada, coordenação entre unidades curriculares para evitar picos previsíveis, clarificação de critérios e dispositivos de supervisão e apoio durante a prática.

Determinantes sociais e respostas institucionais.

A vulnerabilidade socioeconómica e a condição de estudante deslocado surgem como determinantes sociais com impacto direto na saúde mental, em linha com estudos portugueses que demonstram níveis elevados de ansiedade, depressão e stress em estudantes deslocados (MASSANO-CARDOSO; FIGUEIREDO; GALHARDO, 2024). Estas dimensões apontam para a necessidade de respostas institucionais articuladas com apoios sociais, sob pena de a intervenção ficar limitada a estratégias individuais perante problemas estruturais. Em paralelo, as propostas dos estudantes convergem com a lógica de uma abordagem *whole-university* para a saúde mental, que combina promoção universal, prevenção seletiva e resposta clínica proporcional ao risco (BANNIGAN; MCGRATH; MATTHEWS, 2025). Revisões recentes sublinham a importância de capacitar docentes para reconhecer e encaminhar estudantes em sofrimento (GOEL *et al.*, 2024) e apontam potencial do apoio entre pares, embora com necessidade de supervisão e avaliações mais robustas (POINTON-HAAS *et al.*, 2023). Intervenções digitais têm ganho relevância; meta-análises indicam efeitos positivos (moderados) em sintomas e bem-estar, sobretudo quando integradas com apoio humano e estratégias de implementação (MADRID-CAGIGAL *et al.*, 2025).

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA, POLÍTICAS E INVESTIGAÇÃO

Prática educativa. Recomenda-se a integração, ao longo do currículo, de estratégias de promoção da saúde mental, com atenção a momentos críticos (períodos de avaliação e estágios curriculares); em cursos com forte componente prática e contacto com o público, destacam-se a criação de espaços regulares de reflexão/*debriefing* durante a prática e o desenvolvimento intencional de competências socioemocionais (autorregulação, comunicação, assertividade e gestão de conflitos), bem como a inclusão de conteúdos de literacia em saúde mental desde o 1.º ano, fortalecendo a prevenção primária e favorecendo a procura atempada de apoio.

Ao **nível institucional (organização e serviços)**, sugere-se a adoção de um modelo escalonado de cuidados (*stepped care*), com triagem, apoio breve e/ou grupal, referência e seguimento, articulado com programas estruturados de apoio entre pares e formação sistemática de docentes e tutores para identificação precoce e encaminhamento (GOEL *et al.*, 2024; POINTON-HAAS *et al.*, 2023); em paralelo, recomenda-se a implementação de ajustamentos pedagógico-organizacionais — coordenação entre unidades curriculares, maior previsibilidade e transparência de critérios e redução de picos evitáveis de carga e avaliação — particularmente relevantes em formações de elevada exigência prática. No contexto das instituições parceiras, esta lógica é consistente com a implementação do STUDENTWELL-Be e do modelo StepEES.

No plano das políticas, a vulnerabilidade socioeconómica e a crise de habitação sustentam a necessidade de medidas de apoio social dirigidas a estudantes deslocados

e com maiores encargos (p. ex., reforço de bolsas, alojamento a custos comportáveis e mecanismos de emergência), como estratégia de equidade e de prevenção estrutural do sofrimento psicológico no ensino superior.

Em termos de **investigação**, recomenda-se que estudos futuros recorram a desenhos multimétodo (quantitativo–qualitativo), incluam múltiplas instituições e avaliem, simultaneamente, a efetividade e a implementação de intervenções (presenciais e digitais) ao longo do percurso académico, considerando indicadores de adesão, aceitabilidade, custos e sustentabilidade, bem como a adequação a perfis específicos (p. ex., estudantes deslocados, trabalhadores-estudantes).

CONCLUSÃO

A análise qualitativa evidenciou três eixos centrais — significados e perceções de saúde mental, fatores de vulnerabilidade e estratégias/necessidades de apoio — confirmando que o sofrimento psicológico no ensino superior decorre de uma interação entre exigências académicas, determinantes sociais e condições institucionais, e não apenas de características individuais. Em formações com forte componente prática e de contacto com o público, a pressão associada à avaliação em contexto real e à conciliação com estágio e/ou emprego tende a intensificar a exaustão e o desgaste académico. Face a este quadro, recomenda-se uma resposta institucional integrada que combine: serviços de saúde mental acessíveis e escalonados (triagem, apoio breve/grupal e referenciação), reforço estruturado de literacia e competências socioemocionais, programas de apoio entre pares com supervisão, e ajustes pedagógicos/organizacionais orientados para reduzir picos evitáveis de carga e avaliação. A metodologia *World Café* mostrou-se útil para identificar prioridades e co-construir recomendações, valorizando a voz estudantil na governação do bem-estar académico. Estes resultados informam o aperfeiçoamento contínuo do STUDENTWELL-Be, alinhando a resposta institucional com as necessidades expressas pelos estudantes.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

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

REFERÊNCIAS

BANNIGAN, Gráinne; MCGRATH, D.; MATTHEWS, J. Whole-university approaches to embedding well-being in the curriculum: a scoping review. **Frontiers in Education**, v. 10, 1534244, 2025. DOI: 10.3389/feduc.2025.1534244.

BRAUN, Virginia; CLARKE, Victoria. One size fits all? What counts as quality practice in

(reflexive) thematic analysis? **Qualitative Research in Psychology**, v. 18, n. 3, p. 328-352, 2021. DOI: 10.1080/14780887.2020.1769238.

BRAUN, Virginia; CLARKE, Victoria. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology**, v. 3, n. 2, p. 77-101, 2006. DOI: 10.1191/1478088706qp063oa.

BROWN, Juanita; ISAACS, David. **The World Café: Shaping Our Futures Through Conversations That Matter**. San Francisco: Berrett-Koehler, 2005.

DURAKU, Zamira Hyseni; DAVIS, Margaret; ARËNLIU, Arianit; UKA, Ajkuna; BEHLULI, Valmira. Overcoming mental health challenges in higher education: a narrative review. **Frontiers in Psychology**, v. 15, 2024. DOI: 10.3389/fpsyg.2024.1466060.

GAIOTTO, Emiliana Maria Grando; TRAPÉ, Carla Aline Lemos; CAMPOS, Camila Pires Cremasco; FUJIMORI, Elizabeth. Response to college students' mental health needs: a rapid review. **Revista de Saúde Pública**, v. 55, p. 114, 2021. DOI: 10.11606/s1518-8787.2021055003363.

GOEL, A. *et al.* How the faculty across higher education institutes are facilitated to develop skills on student mental health and well-being: A scoping review. **International Journal of Inclusive Education**, 2024. DOI: 10.1080/13603108.2024.2384979.

LÖHR, Kerstin; WEINHARDT, Maximilian; SIEBER, Stefan. The “World Café” as a participatory method for collecting qualitative data. **International Journal of Qualitative Methods**, v. 19, 2020. DOI: 10.1177/1609406920916976.

MADRID-CAGIGAL, Alba *et al.* Digital Mental Health Interventions for University Students With Mental Health Difficulties: A Systematic Review and Meta-Analysis. **Early Intervention in Psychiatry**, v. 19, n. 3, e70017, 2025. DOI: 10.1111/eip.70017.

MASSANO-CARDOSO, Ilda Maria; FIGUEIREDO, Sofia de Carvalho; GALHARDO, Ana. Ansiedade, depressão e stress em estudantes universitários deslocados da sua residência. **Revista Portuguesa de Investigação Comportamental e Social**, v. 10, n. 2, p. 1-15, 2024. DOI: 10.31211/rpics.2024.10.2.343.

PAIVA, Ursula *et al.* Prevalence of mental disorder symptoms among university students: An umbrella review. **Neuroscience & Biobehavioral Reviews**, 2025, 106244. DOI: 10.1016/j.neubiorev.2025.106244.

PÉREZ-JORGE, David; BOUTABA-ALEHYAN, Mouna; GONZÁLEZ-CONTRERAS, Ana Isabel; RODRÍGUEZ-JIMÉNEZ, María del Carmen; ARIÑO-MATEO, Esther. Examining the effects of academic stress on student well-being in higher education. **Humanities and Social Sciences Communications**, v. 12, p. 449, 2025. DOI: 10.1057/s41599-025-04698-y.

POINTON-HAAS, Hannah *et al.* Peer support interventions aimed at improving student mental health and well-being in higher education: systematic review. **BJPsych Open**, v. 10, n. 1, e12, 2023. DOI: 10.1192/bjo.2023.603.

ROY, Sharmistha; BISWAS, Ashis Kumar; SHARMA, Manoj. Stress, anxiety, and depression

as psychological distress among college and undergraduate students: a scoping review of reviews guided by the socio-ecological model. **Healthcare**, v. 13, n. 16, p. 1948, 2025. DOI: 10.3390/healthcare13161948.

SCHIELE, Holger; KRUMMAKER, Stefan; HOFFMANN, Petra; KOWALSKI, Rita. The “research world café” as method of scientific enquiry: combining rigor with relevance and speed. **Journal of Business Research**, v. 140, p. 280-296, 2022. DOI: 10.1016/j.jbusres.2021.10.075.

TONG, Allison; SAINSBURY, Peter; CRAIG, Jonathan. Consolidated criteria for reporting qualitative research (COREQ): a 32-item checklist for interviews and focus groups. **International Journal for Quality in Health Care**, v. 19, n. 6, p. 349-357, 2007. DOI: 10.1093/intqhc/mzm042.

LITERACIA EM SAÚDE EM ESPELHO NA CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ-OPERATÓRIA

Carla Alexandra Fernandes do Nascimento¹.

Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Lisboa (ESEUL), Lisboa, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0002-4880-0141>

RESUMO: A cirurgia de ambulatório tem vindo a assumir relevância estratégica na melhoria da qualidade, efetividade e eficiência dos cuidados de saúde. Neste contexto, a consulta de enfermagem pré-operatória justifica-se como espaço fundamental para apoiar a gestão da condição de saúde, promover o autocuidado e melhorar o uso da informação, devendo ser sustentada em princípios de literacia em saúde. O capítulo descreve o processo de conceção, planeamento e implementação desta consulta enquanto prática promotora de literacia em saúde, analisando os seus inputs e outcomes. A metodologia baseou-se na análise e resolução de problemas reais em contexto clínico, apoiada em evidência científica. Os resultados evidenciam ganhos em literacia em saúde para a pessoa e família, nomeadamente no acesso, compreensão e utilização da informação, para os profissionais, através da melhoria do trabalho em equipa e satisfação profissional, e para a organização, contribuindo potencialmente para maior eficiência e redução de custos em saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem pré-operatória. Cirurgia de ambulatório. Literacia em saúde.

HEALTH LITERACY REFLECTED IN THE PREOPERATIVE NURSING CONSULTATION

ABSTRACT: Ambulatory surgery has increasingly gained strategic relevance in improving the quality, effectiveness, and efficiency of healthcare delivery. In this context, preoperative nursing consultation is justified as a fundamental setting to support health condition management, promote self-care, and enhance the use of information, and it should be grounded in health literacy principles. This study describes the process of designing, planning, and implementing this consultation as a health literacy-promoting practice, analyzing its inputs and outcomes. The methodology was based on the analysis and resolution of real clinical problems, supported by scientific evidence. The results demonstrate health literacy gains for patients and families, particularly in terms of access to, understanding, and use of information; for healthcare professionals, through improved teamwork and professional satisfaction; and for the organization, potentially contributing to greater efficiency and

reduced healthcare costs.

KEY-WORDS: Preoperative Nursing. Ambulatory Surgery. Health Literacy.

INTRODUÇÃO

Os recentes avanços tecnológicos e científicos ao nível dos procedimentos cirúrgicos e das técnicas anestésicas, vieram modificar o paradigma dos cuidados cirúrgicos e, consequentemente, os efetuados em regime de cirurgia de ambulatório (MITCHELL, 2016). Em crescente evolução e na agenda política atual, a cirurgia de ambulatório é descrita como um importante instrumento para o aumento da efetividade, da qualidade dos cuidados e da eficiência na organização hospitalar, com múltiplas vantagens associadas. Além dos benefícios ao nível da redução dos custos em saúde, inovação e critérios de preferência, a cirurgia de ambulatório concorre para uma maior segurança dos cuidados de saúde, devido aos menores riscos de infeção hospitalar, menor alteração na dinâmica familiar, profissional e pessoal do indivíduo (MITCHELL, 2016).

A informação necessária para a gestão de uma nova condição de saúde e para o cumprimento deste programa cirúrgico, bem com o estímulo à capacidade de autocuidado e promoção do bem-estar, legitimam a existência de uma consulta de enfermagem pré-operatória. Para melhorar o uso da informação em saúde, é fundamental que esta consulta seja sustentada em princípios da literacia em saúde, sendo inclusivamente uma política nacional de saúde (DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2019a)

A cirurgia de ambulatório (CA), considerada como uma medida de melhoria contínua dos cuidados de saúde em Portugal (DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2001) trata-se de uma intervenção cirúrgica programada, desenvolvida sob anestesia geral, loco-regional ou local, realizada em instalações próprias com segurança e em regime de admissão e alta num período inferior a 24 horas (ADMINISTRAÇÃO CENTRAL DOS SERVIÇOS DE SAÚDE, 2017). Os seus requisitos determinam a necessidade de um acompanhamento de enfermagem ao longo de todo o processo perioperatório, distribuindo-se o mesmo entre a consulta de enfermagem pré-operatória, o período intraoperatório, o recobro primário, o recobro secundário e o *follow-up* telefónico de vigilância pós-operatória, idealmente, às 24 horas após a cirurgia (HAMSTRÖM *et al.*, 2012; MITCHELL, 2016; PEATE, 2015).

Na consulta pré-operatória, o enfermeiro verifica a existência dos critérios de elegibilidade da CA e transmite a informação normativa de preparação para o procedimento cirúrgico (ASSOCIAÇÃO DE ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES, 2006). Porém, é neste encontro individualizado com a pessoa, enquanto ser biopsicossocial, que também são exploradas crenças e barreiras, medos, preocupações e necessidades de informação da pessoa e família, ajustando expectativas e prevenindo complicações, visando-se uma maior participação da pessoa nos cuidados de saúde (OLIVEIRA *et al.*, 2015; PETTERSSON *et al.*, 2018). Sabe-se que, quanto mais informada e envolvida a pessoa estiver, maior será

a sua capacidade de tomar decisões e de autocuidado (GÖRANSSON *et al.*, 2017; YEH *et al.*, 2017).

A literacia em saúde é um conceito relativamente recente e complexo. O mesmo começou a ser referenciado por Simonds (1974), respondendo às mudanças sociais e à crescente necessidade de serviços de saúde. Desde essa data, e particularmente nos últimos anos, a literacia em saúde tem progredido bastante sendo aplicada a várias áreas do saber. A Organização Mundial de Saúde refere-se à literacia em saúde como o conjunto de competências cognitivas e sociais para o acesso, compreensão e utilização da informação de forma a promover e manter uma boa saúde (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 1998). O conceito de literacia em saúde aqui presente é o de Sorensen *et al* (2012), ou seja, o conhecimento, a motivação e as competências da pessoa para aceder, compreender, avaliar e usar informações de saúde para fazer julgamentos e tomar decisões na vida quotidiana em relação a cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, de forma a se manter ou melhorar a qualidade de vida, ao longo de todo o ciclo de vida do indivíduo.

Pelo exposto, a consulta de enfermagem pré-operatória na CA, que iremos conhecer em seguida com maior pormenor, pretende ser um serviço de saúde onde os cuidados de saúde prestados tenham um efeito extensível à prevenção de complicações e/ou incapacidades e à promoção da saúde, facilitando o processo de adaptação e recuperação da pessoa à intervenção cirúrgica, maximizando a sua capacitação na gestão do processo de saúde, o seu autocuidado e o seu bem-estar. Portanto, um serviço vivo de literacia em saúde.

METODOLOGIA

O processo de conceção da consulta de enfermagem pré-operatória começou com a fase de diagnóstico de situação efetuado num serviço de CA de um Centro Hospitalar Universitário de Lisboa, onde foram identificadas lacunas na intervenção educativa do enfermeiro e sinalizadas diversas situações em que as cirurgias eram adiadas por falhas na comunicação, nomeadamente, pessoas que não cumpriam os cuidados pré-operatórios por falta de informação (como por exemplo, não suspensão da terapêutica anticoagulante ou toma de antibioterapia pré-operatória). Em sede de auditoria externa, foi igualmente identificado que a meta definida para o indicador Total de Cirurgias de Ambulatório realizadas em relação às cirurgias programadas neste serviço, não foi cumprida. Foram desmarcadas 203 cirurgias e entre os principais motivos de cancelamento, 77 casos (38%) deviam-se a situações que a consulta de enfermagem pré-operatória poderia suprir. Por tal, a consulta de enfermagem pré-operatória foi defendida neste procedimento institucional como uma estratégia prioritária para o serviço.

A valorização do momento pré-operatório faz parte de um processo organizado para um cuidado seguro, eficaz e eficiente que garanta a atenção integral da pessoa, pelo que deve estar bem documentado e sustentando em protocolos de atuação. Com este

propósito, ancorada na evidência científica e na experiência desenvolvida, construí um guião da consulta de enfermagem pré-operatória. O documento contempla orientações sobre a educação à pessoa e família e uma *checklist* da intervenção de enfermagem apoio-educação e dos diagnósticos de enfermagem mais comuns na pessoa proposta para CA.

Se considerarmos a literacia em saúde nas suas dimensões de acesso, compreensão e uso da informação, a evidência diz-nos que, após uma consulta, as pessoas lembram-se de menos de 50% da informação transmitida (WILLIAMS *et al.*, 2002), justificando assim a pertinência da produção de um folheto informativo que servisse de recordatória da consulta realizada. De forma idêntica, as orientações nacionais sustentam a importância de a informação verbal ser corroborada com a informação escrita (DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2019a).

Com o objetivo de tornar os materiais mais legíveis para a pessoa e família, aumentando a sua compreensão, foram elaborados e reformulados diversos folhetos informativos, igualmente à luz das orientações da literacia em saúde (DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE, 2019b). Com a intenção de facilitar a memorização e a compreensão da mensagem falada, introduzi nesta consulta um desenho/imagem (BRITO, 2020a, 2020b) da anatomia do corpo humano, gentilmente cedido pela indústria farmacêutica.

Após a execução das várias etapas de planeamento da consulta e obtendo-se as devidas autorizações institucionais, a consulta de enfermagem pré-operatória teve o seu início. Para otimizar o seu funcionamento, na véspera da consulta o enfermeiro acede ao processo clínico de cada pessoa familiarizando-se com a situação individual do utente otimizando desta forma a comunicação enfermeiro-utente no momento da consulta. No dia da consulta, o enfermeiro prepara o ambiente da consulta validando a presença dos recursos materiais necessários (balança, esfigmomanómetro, esponjas cirúrgicas com folheto informativo, meias elásticas, folheto informativo “Guia de Acolhimento ao Utente”, escala da dor, folhetos informativos dos procedimentos cirúrgicos, desenho da anatomia do corpo humano, placar “Em Consulta, Não Incomodar”).

Sabendo que os fatores contextuais são um elemento influente ao nível do bem-estar psicológico, do acesso aos serviços de saúde e ao seu uso, implementei a musicoterapia na consulta, influenciando emoções agradáveis, atendi à importância da luminosidade do gabinete da consulta (luz do dia, luz natural), controlo do ruído e uso de um biombo para a privacidade da pessoa. A promoção de um ambiente terapêutico (ALMEIDA *et al.*, 2020) decorre também de uma receção calorosa à pessoa e família, indo buscar a pessoa à sala de espera, cumprimentando-a eficazmente (BRITO; BARROCA, 2020), ou seja, de forma personalizada perguntando como gosta de ser tratada, fazendo uma autoapresentação, deixando a pessoa sentar-se primeiro, olhando sempre para a pessoa, estando de frente para ela e estabelecer uma conversa inicial (*trigger*, gatilho) sobre os seus “hobbies”. No seu conjunto, esta postura profissional na relação inicial com a pessoa é designada de *rapport* na literacia em saúde (MADUREIRA; ALMEIDA, 2020). Sendo as primeiras impressões muito

importantes para a qualidade da relação terapêutica que se estabelece, esta estratégia tem uma intencionalidade, definida na literacia em saúde como uma conversa social, uma conversa de cuidado (BARROCA, 2020).

No processo de transferência de conhecimento, capacidade e reforço de atitudes (VAZ DE ALMEIDA, 2021) os enfermeiros têm uma intervenção crucial na ativação da pessoa. A ativação consiste na capacidade de a pessoa participar ativamente nos cuidados de saúde, sendo que o nível de ativação reflete as crenças da pessoa acerca do lugar que assume na gestão da sua saúde, a confiança que tem para o fazer e os conhecimentos que possui (HIBBARD *et al.*, 2004). Com este desígnio, mobilizando técnicas de literacia em saúde (Quadro 1) e princípios da comunicação em saúde, são objetivos do enfermeiro nesta consulta: dar a informação correta e em quantidade adequada; aumentar a assimilação e a compreensão da pessoa; integrar a perspetiva da pessoa e família nos cuidados de saúde; ajudar a enfrentar as barreiras e os constrangimentos existentes; envolver a pessoa no processo de tomada de decisão em saúde.

Quadro 1 – Literacia em saúde na consulta de enfermagem pré-operatória em cirurgia de ambulatório.

Dimensões de literacia em saúde (SORENSEN <i>et al.</i>, 2012)	Técnicas de literacia em saúde (ALMEIDA <i>et al.</i>, 2020a; 2020b)
Acesso	-Ambiente terapêutico na saúde comportamental -Conversa social, conversa de cuidado -Cumprimentar a pessoa eficazmente -Rapport -Explorar crenças e barreiras -Linguagem simples, sem jargão técnico -Modelo ACP (Assertividade, Clareza, Positividade) -Perguntas abertas -Folheto -Imagem digital (vídeo informativo)
Compreensão	-Desenho -Reforçar pequenas tarefas -<i>Chunk & check</i> -Repetição -Encorajar colocar questões (<i>Ask me tree</i>) -<i>Teach back</i> -<i>Show me</i>

Fonte: Elaboração própria.

O uso destas técnicas faz desta consulta de enfermagem pré-operatória um contexto de literacia em saúde, facilitando o acesso da informação, estimulando a compreensão da informação e validando essa mesma compreensão.

A estruturação da consulta segue os vários momentos contemplados na respetiva instrução de trabalho, reforçando pequenas tarefas que a pessoa tem de fazer como preparação para a sua cirurgia, terminando-se com uma visita ao espaço físico do serviço.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Os Out(comes) que até ao momento se conseguem extrair agrupam-se nas seguintes categorias: pessoa e família; profissionais de saúde; serviço e organização hospitalar. Segue-se cada uma destas categorias.

Pessoa e família

Considerando a abrangência da intervenção do enfermeiro, a prestação de cuidados de saúde que esta consulta encerra, extrapola e tem efeitos colaterais na prevenção de complicações e na promoção da saúde. Com efeito, a consulta permite identificar pessoas com doenças crónicas sem qualquer tratamento em curso ou monitorização. É disso exemplificativo, pessoas com hipertensão arterial diagnosticada, mas que não fazem qualquer gestão da doença ou que fazem o mesmo medicamento há 20 anos sem qualquer acompanhamento médico. Nestes casos, o enfermeiro que está na consulta articula-se telefonicamente com os enfermeiros do Centro de Saúde da área de residência da pessoa, referenciando e encaminhando a mesma. Também nesta consulta são identificadas pessoas que têm outros atos de saúde marcados durante o período perioperatório, mas que os mesmos não são compatíveis com a realização e marcação da intervenção cirúrgica marcada. Para ultrapassar este constrangimento, e em articulação com outros profissionais de saúde, com outras instituições, o enfermeiro intervém e procede-se a um reagendamento.

Ao nível do planeamento e gestão cirúrgica, de sinalizar casos de pessoas com consulta de anestesia marcada para data posterior à intervenção cirúrgica; pessoas que após a apreciação de enfermagem, e em comunicação com o médico assistente, deixaram de ter indicação cirúrgica ou passaram a incluir o programa da cirurgia convencional; pessoas com intervenção cirúrgica marcada, mas sem exames pré-operatórios pedidos e/ou realizados. Nestes casos, passou a ser normalizada a prática de prescrição e realização dos respetivos exames durante a consulta de enfermagem.

De referir ainda o contacto com pessoas de diferentes culturas. A multiculturalidade, decorrente da globalização e do aumento da população migrante, levanta diferentes desafios no que concerne à comunicação, à gestão da diversidade cultural e aos cuidados de saúde. Esta foi uma realidade para a qual não tinha previsto nenhuma estratégia concreta, carecendo-se da figura dos mediadores culturais nas instituições de saúde.

O cuidado culturalmente competente, tendo em conta a unicidade, a complexidade e a vulnerabilidade da pessoa, implica ter em consideração a sua herança cultural, explorando as suas crenças (ALMEIDA, 2020), desenvolvendo uma relação interpessoal sustentada numa comunicação eficaz e de confiança para aceder às reais necessidades da pessoa (DOBROWOLSKA *et al.*, 2020).

A satisfação com os cuidados de saúde é um resultado desejável e com influência na literacia em saúde, na medida em que parece ser um fator determinante para a utilização dos serviços de saúde (BERHANE; ENQUSELASSIE, 2016; MACALLISTER *et al.*, 2016). A satisfação consiste numa perceção individual ligada à realização de uma expectativa ou satisfação de uma necessidade, pelo indivíduo ou com intervenção de outros, cuja avaliação se realiza na perspetiva da pessoa (ROQUE *et al.*, 2016). Ao mobilizar evidência sobre este assunto, e com inspiração no questionário European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care (EUROPEP), amplamente usado para avaliar a satisfação dos utentes com os cuidados de saúde primários (ROQUE *et al.*, 2016), foi elaborado um questionário de satisfação do utente na consulta de enfermagem pré-operatória.

Como resultados desta auscultação de opinião, realizada de forma anónima e confidencial durante a modalidade presencial da consulta, os utentes manifestaram uma satisfação pela informação de saúde que passaram a deter (procedimento cirúrgico, circuito cirúrgico, cuidados perioperatórios), uma maior segurança nos cuidados de saúde e uma menor ansiedade perioperatória. Do conjunto das opiniões recolhidas (n=350), considera-se que a postura profissional na relação terapêutica favorece uma predisposição da pessoa à participação nos cuidados de saúde, solicitando informação em saúde. No corolário das dimensões de avaliação da consulta de enfermagem pré-operatória, os itens com níveis mais elevados de satisfação foram: o atendimento e a simpatia dos enfermeiros; a atenção e o interesse pela sua situação de saúde; a informação e o esclarecimento de dúvidas; a explicação dos procedimentos; o ensino dos cuidados a ter no domicílio; a confiança transmitida. Além de corroborarem um cuidado centrado na pessoa, os utentes manifestam que depois desta consulta sentem uma maior capacidade para tomar decisões informadas, mais motivação e competências para agir nos cuidados de saúde. Estes resultados estão em linha com outros estudos nacionais recentes (BREDA; CEREJO, 2021; SANTOS, 2021).

Assim, e como Out(comes) da literacia em saúde, salientam-se: o acesso aos serviços de saúde, aumentando a equidade em saúde, o que permite ampliar os ODS, especificamente, ODS 3 e 10; o acesso, a compreensão e o uso da informação em saúde; maiores níveis de ativação e de capacidade para o autocuidado; confiança, proximidade e satisfação com os cuidados de saúde; prevenção de complicações (orientações sobre regime medicamentoso, prevenção de quedas, articulação entre níveis de cuidados, encaminhamento para outros profissionais e serviços de saúde); promoção da saúde e bem-estar; promoção da segurança.

Profissionais de saúde

Nos profissionais também foi possível identificar fatores de satisfação, concretamente, um encontro entre a equipa multidisciplinar melhorando significativamente a sua comunicação; fator que tinha sido identificado na fase de planeamento da consulta como uma ambição entre os enfermeiros do serviço.

A passagem para a informatização da informação clínica veio conferir uma maior articulação e alinhamento entre a equipa médica e a equipa de enfermagem, potenciando cuidados centrados na pessoa (SUTER *et al.*, 2009), contribuindo para a promoção da segurança e qualidade nos cuidados de saúde, incrementando uma maior eficiência e eficácia dos profissionais. Tem sido muito gratificante para a equipa de enfermagem o reconhecimento diário que a equipa médica faz à consulta. Esta parceria multidisciplinar poderá ser enquadrada no ODS 17, originando bem-estar aos profissionais.

Serviço e organização hospitalar

De enaltecer a grande mais-valia desta consulta para a gestão do plano cirúrgico do serviço. De forma atempada, são identificadas situações de utentes que iriam ser chumbados no dia da cirurgia, porque não reuniam condições anestésicas/cirúrgicas ou porque tinham alterações da sua condição clínica. Neste âmbito, reconhecem-se como indicadores de resultados: redução significativa na percentagem de faltas na admissão; diminuição de taxas de cancelamento da cirurgia no próprio dia; maior segurança do ato cirúrgico; cumprimento do programa da cirurgia segura; maior efetividade, eficiência e qualidade dos cuidados prestados. Estes indicadores autenticam menores custos em saúde, pela diminuição de disparidades na preparação pré-operatória que podem comprometer a realização da cirurgia, bem como pelo evitar de complicações pós-operatórias e reinternamentos. De acordo com a evidência científica estes fatores correspondem a Out(comes) desejáveis da literacia em saúde. Ao rever os 10 atributos definidos por Brach *et al* (2012) para a literacia em saúde nas organizações, identificam-se, através desta consulta de enfermagem, os seguintes atributos: integra a literacia em saúde no planeamento dos cuidados, na segurança do utente e na melhoria da qualidade; atende às necessidades da pessoa independentemente da sua literacia em saúde, evitando estigma e marginalização; utiliza estratégias de literacia em saúde na comunicação interpessoal e confirma a compreensão; disponibiliza um acesso fácil a informações e serviços de saúde e dá assistência na navegação do sistema; concebe e distribui informação escrita, audiovisual, fácil de compreender; trabalha a literacia em saúde em situações de alto risco, incluindo transição de cuidados e gestão terapêutica.

Da análise efetuada, parece ser possível argumentar que a consulta de enfermagem pré-operatória concebida se materializa num serviço de saúde promotor da literacia em saúde nesta instituição hospitalar, tratando-se de um serviço de saúde certo para os seus utentes. Sendo o foco principal o cidadão e a criação de valor em saúde, importa não esquecer que o impacto positivo deste serviço de saúde advém de um investimento concreto

realizado ao nível das pessoas, evidências e processos LOVELOCK; WIRTZ, 2011).

CONCLUSÃO

Abraçando este trabalho o conceito de literacia em saúde de Sorensen *et al* (2012), a viagem que o mesmo proporcionou permitiu-me desenvolver e analisar uma consulta de enfermagem pré-operatória caracterizando os seus In(puts) e Out(comes) de literacia em saúde. E esta construção foi feita numa perspetiva da literacia individual, ou seja, a capacidade da pessoa para usar informações em saúde e navegar no sistema de saúde, dos profissionais de saúde e de literacia organizacional, isto é, a capacidade das organizações de saúde em estabelecer uma relação de cocriação com as pessoas, envolvendo-as num esforço para a coprodução dos serviços de saúde (BRACH *et al.*, 2012).

A consulta de enfermagem pré-operatória consistiu numa prática de acesso aos cuidados de saúde e de navegação no sistema. A consulta tem como pressupostos o estabelecimento de uma relação de proximidade, de confiança e de segurança nos cuidados de saúde. Com uma abordagem interativa e individualizada, a consulta vem melhorar a experiência da pessoa nos cuidados de saúde uma vez que promove o acesso e a compreensão da informação em saúde, fornecendo explicações sobre a situação de saúde, sobre o procedimento cirúrgico, os cuidados a realizar nos períodos pré e pós-operatórios, sempre acompanhado de informação escrita. Deste modo, os Out(comes) da literacia em saúde expressam-se no acesso aos serviços de saúde e no acesso, compreensão e uso da informação, fortalecendo a ativação, a capacitação e o autocuidado da pessoa. Mesmo sem resultados de investigação, infere-se que a consulta poderá influir melhores resultados em saúde.

A acrescentar aos ganhos diretos para a pessoa e família, e de forma análoga, foram reconhecidos resultados para os profissionais do serviço, mudando práticas, melhorando procedimentos, favorecendo o desempenho individual e de grupo, com repercussões na satisfação profissional e no seu bem-estar.

Ao nível dos benefícios para o serviço e organização hospitalar, a consulta parece contribuir concludentemente para menores custos em saúde edificando atributos das organizações literadas.

Pela agregação das várias variáveis apresentadas, representando como a literacia em saúde pode fazer diferença para as pessoas, para as comunidades e sociedades, considero absolutamente essencial que os profissionais de saúde integrem a literacia em saúde como parte dos cuidados de saúde centrados nas pessoas, sendo esta uma competência crucial para a saúde no século XXI (SØRENSEN *et al.*, 2019).

Perante a relevância da telessaúde, é necessário encorajar investigação projetando e desenvolvendo a literacia em saúde. Nesta asserção, reflito como uma possibilidade de desenvolvimento futuro a criação de uma iniciativa da instituição hospitalar que projetasse

as experiências dos profissionais e dos utentes em torno de uma teleconsulta. No caso da atividade dos enfermeiros, tal seria facilmente avaliável através dos registos sistemáticos que realizam. A avaliação da satisfação do utente à teleconsulta de enfermagem poderia contemplar este instrumento em concreto, TISQ - *Telenursing Interaction and Satisfaction Questionnaire* (MATTISSON *et al.*, 2019). Por outro lado, e ainda no seio desta iniciativa, penso ser necessário promover e divulgar o conceito de e Saúde junto dos cidadãos e profissionais, sensibilizando para as suas mais-valias. Tal poderia ser um projeto colaborativo que juntasse a academia, as organizações e os profissionais de saúde, as autarquias e entidades locais, concorrendo mais uma vez para o ODS 17.

Outra proposta de desenvolvimento futuro, seria avaliar o impacto desta consulta nos resultados pós-operatórios da pessoa, identificando diferenças na capacidade de agir sobre os cuidados de saúde, evitando, por exemplo, idas ao serviço de urgência por complicações pós-operatórias. Tendo esta consulta de enfermagem um carácter preventivo e de informação em saúde, seria interessante perceber de que modo a mesma concorre para uma maior autonomia e responsabilidade individual em saúde.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Eu, autora deste artigo, declaro que não possuo conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, académico e pessoal.

REFERÊNCIAS

- ALMEIDA, C. V. Explorar as crenças e barreiras para resolução de problemas. In: ALMEIDA, C. V.; MORAES, K. L.; BRASIL, V. V. (coords.). **50 técnicas de literacia em saúde na prática: um guia para a saúde**. Maurícias: Novas Edições Académicas, 2020. p. 53.
- ALMEIDA, C. V.; RAMOS, S.; BRITO, D. Literacia em saúde nos ambientes e na saúde comportamental. In: ALMEIDA, C. V.; MORAES, K. L.; BRASIL, V. V. (coords.). **50 técnicas de literacia em saúde na prática: um guia para a saúde: volume II**. Maurícias: Novas Edições Académicas, 2020. p. 113-115.
- ALMEIDA, C. V.; BRITO, M. Teach-back. In: ALMEIDA, C. V.; MORAES, K.; BRASIL, V. V. (coords.). **50 técnicas de literacia em saúde na prática: um guia para a saúde**. Maurícias: Novas Edições Académicas, 2020. p. 104-105.
- ALMEIDA, C. V.; MORAES, K. L.; BRASIL, V. V. Pequenas tarefas. In: ALMEIDA, C. V.; MORAES, K.; BRASIL, V. V. (coords.). **50 técnicas de literacia em saúde na prática: um guia para a saúde**. Maurícias: Novas Edições Académicas, 2020a. p. 78.
- ALMEIDA, C. V.; MORAES, K. L.; BRASIL, V. V. **50 técnicas de literacia em saúde na prática: um guia para a saúde: volume II**. Maurícias: Novas Edições Académicas, 2020b.
- ASSOCIAÇÃO DOS ENFERMEIROS DE SALA DE OPERAÇÕES PORTUGUESES.

Enfermagem perioperatória: da filosofia à prática dos cuidados. Loures: Lusodidacta, 2006.

BARROCA, M. Conversa social, conversa de cuidado. In: ALMEIDA, C. V.; MORAES, K.; BRASIL, V. V. (coords.). **50 técnicas de literacia em saúde na prática: um guia para a saúde.** Maurícias: Novas Edições Académicas, 2020. p. 41.

BERHANE, A.; ENQUSELASSIE, F. Patient expectations and their satisfaction in the context of public hospitals. **Patient Preference and Adherence**, v. 10, p. 1919-1928, 2016. DOI: 10.2147/PPA.S109982.

BRACH, C. *et al.* **Ten attributes of health literate health care organizations.** Washington: Institute of Medicine of the National Academies, 2012. Disponível em: https://nam.edu/wp-content/uploads/2015/06/BPH_Ten_HLit_Attributes.pdf. Acesso em: 17 fev. 2026.

BREDA, L. F.; CEREJO, M. N. Influência da consulta pré-operatória de enfermagem na satisfação das necessidades informativas do doente. **Revista de Enfermagem Referência**, v. 5, n. 5, e20088, 2021. DOI: <https://doi.org/10.12707/RV20088>.

BRITO, D. Desenhar & fazer gráficos. In: ALMEIDA, C. V.; MORAES, K.; BRASIL, V. V. (coords.). **50 técnicas de literacia em saúde na prática: um guia para a saúde.** Maurícias: Novas Edições Académicas, 2020a. p. 44.

BRITO, D. Utilização de imagens em materiais impressos ou digitais: contributos para a literacia em saúde. In: ALMEIDA, C. V.; MORAES, K.; BRASIL, V. V. (coords.). **50 técnicas de literacia em saúde na prática: um guia para a saúde: volume II.** Maurícias: Novas Edições Académicas, 2020b. p. 201-204.

BRITO, M.; BARROCA, M. Cumprimentar o paciente eficazmente. In: ALMEIDA, C. V.; MORAES, K.; BRASIL, V. V. (coords.). **50 técnicas de literacia em saúde na prática: um guia para a saúde.** Maurícias: Novas Edições Académicas, 2020. p. 43.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. **Cirurgia de ambulatório.** Lisboa: Autor, 2001.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. **Plano de ação para a literacia em saúde 2019-2021.** Lisboa: Autor, 2019a.

<https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021.aspx>.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. **Manual de boas práticas: literacia em saúde – capacitação dos profissionais de saúde.** Lisboa: Autor, 2019b. Disponível em: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/manual-de-boas-praticas-literacia-em-saude-capacitacao-dos-profissionais-de-saude-pdf.aspx>. Acesso em: 17 fev. 2026.

DOBROWOLSKA, B. *et al.* European intensive care nurses' cultural competency: an international cross-sectional survey. **Intensive and Critical Care Nursing**, v. 60, 102892, 2020. DOI: 10.1016/j.iccn.2020.102892.

GÖRANSSON, C. *et al.* Perspectives of health and self-care among older persons to be implemented in an interactive information and communication technology platform. **Journal of Clinical Nursing**, v. 26, p. 4745-4755, 2017. DOI: 10.1111/jocn.1382.

HAMSTRÖM, N. *et al.* Short hospital stays and new demands for nurse competencies. **International Journal of Nursing Practice**, v. 18, p. 501-508, 2012. DOI: 10.1111/j.1440-172X.2012.02055.x.

HELLER, E. **A psicologia das cores: como as cores afetam a emoção e a razão**. Barcelona: Editorial Gustavo Gili, 2014.

HIBBARD, J. H. *et al.* Development of the patient activation measure (PAM): conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. **Health Services Research**, v. 39, p. 1005-1026, 2004. DOI: 10.1111/j.1475-6773.2004.00269.x.

LOVELOCK, C.; WIRTZ, J. **Services marketing: people, technology, strategy**. New Jersey: Pearson, 2007.

MACALLISTER, L.; ZIMRING, C.; RYHERD, E. Environmental variables that influence patient satisfaction: a review of the literature. **HERD: Health Environments Research & Design Journal**, v. 10, n. 1, p. 155-169, 2016. DOI: 10.1177/1937586716660825.

MADUREIRA, I.; ALMEIDA, C. V. Rapport. In: ALMEIDA, C. V.; MORAES, K.; BRASIL, V. V. (coords.). **50 técnicas de literacia em saúde na prática: um guia para a saúde**. Maurícias: Novas Edições Académicas, 2020. p. 89-90.

MATTISSON, M. *et al.* Development and content validation of the Telenursing Interaction and Satisfaction Questionnaire (TISQ). **Health Expectations**, v. 22, p. 1213-1222, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1111/hex.1294>.

MITCHELL, M. Day surgery nurses' selection of patient preoperative information. **Journal of Clinical Nursing**, v. 26, n. 1-2, p. 225-237, 2016. DOI: 10.1111/jocn.13375.

OLIVEIRA, G. S. *et al.* Older adults and unanticipated hospital admission within 30 days of ambulatory surgery: an analysis of 53,667 ambulatory surgical procedures. **Journal of the American Geriatrics Society (JAGS)**, v. 63, p. 1679-1685, 2015. DOI: 10.1111/jgs.13537.

PEATE, I. Principles of surgical care: preoperative care. **British Journal of Healthcare Assistants**, v. 9, n. 8, p. 380-385, 2015. DOI: <https://doi.org/10.12968/bjha.2015.9.8.380>.

PETTERSSON, M. E. *et al.* Prepared for surgery: communication in nurses' preoperative consultations with patients undergoing surgery for colorectal cancer after a person-centred intervention. **Journal of Clinical Nursing**, v. 27, p. 2904-2916, 2018. DOI: <https://doi.org/10.1111/jocn.14312>.

PORTUGAL. Despacho n.º 1380/2018. Cria um Grupo de Trabalho para o Acompanhamento do Desenvolvimento da Cirurgia de Ambulatório (GTADCA). **Diário da República**, 2.ª série, n. 28, p. 4511, 8 fev. 2018. Disponível em: <https://files.dre.pt/2s/2018/02/028000000/0451104511.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2026.

RODRIGUES, P. Repetição. In: ALMEIDA, C. V.; MORAES, K.; BRASIL, V. V. (coords.). **50 técnicas de literacia em saúde na prática: um guia para a saúde**. Maurícias: Novas Edições Académicas, 2020. p. 93-94.

ROQUE, H.; VELOSO, A.; FERREIRA, P. L. Versão portuguesa do questionário EUROPEP: contributos para a validação psicométrica. **Revista de Saúde Pública**, v. 50, n. 61, p. 1-7, 2016. DOI: 10.1590/S1518-8787.2016050006259.

SANTOS, F. Visita de enfermagem pré-operatória (VEPO): uma boa prática de literacia em saúde. In: VAZ DE ALMEIDA, C. (coord.). **Literacia em saúde e capacitação dos profissionais: exemplo de boas práticas no CHPVVC**. Vila do Conde: Centro Hospitalar Póvoa de Varzim, 2021. p. 47-54. Disponível em: http://www.chpvvc.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/34/2021/09/EBOOK_CHPVVC_final_06_09_2021.pdf. Acesso em: 17 fev. 2026.

SIMONDS, S. K. Health education as social policy. **Health Education Monographs**, v. 2, supl. 1, p. 1-10, 1974.

SØRENSEN, K. *et al.* Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. **BMC Public Health**, v. 12, n. 80, p. 1-13, 2012. Disponível em: <http://www.biomedcentral.com/1471-2458/12/80>. Acesso em: 17 fev. 2026.

SØRENSEN, K. *et al.* Transforming health systems and societies by investing in health literacy policy and strategy. **Public Health Panorama**, v. 5, n. 2-3, p. 259-263, 2019. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/327060/php-5-2-3-259-263-eng.pdf>. Acesso em: 17 fev. 2026.

SUTER, E. *et al.* Role understanding and effective communication as core competencies for collaborative practice. **Journal of Interprofessional Care**, v. 23, n. 1, p. 41-51, 2009. DOI: 10.1080/13561820802338579.

VAZ DE ALMEIDA, C. A inevitabilidade do cuidar e como a literacia em saúde pode ser benéfica. In: VAZ DE ALMEIDA, C. (coord.). **Literacia em saúde: um desafio emergente. O poder e dimensão do cuidador informal no sistema de saúde**. Coimbra: Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, 2021. p. 14-26. Disponível em: https://www.chuc.min-saude.pt/media/Literacia_Saude/coletaneall.pdf. Acesso em: 17 fev. 2026.

WILLIAMS, M. V. *et al.* The role of health literacy in patient-physician communication. **Family Medicine**, v. 34, n. 5, p. 383-389, 2002. Disponível em: <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/12038721/>. Acesso em: 17 fev. 2026.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health promotion glossary**. Geneva: WHO, 1998.

YEH, M.; WU, S.; TUNG, T. The relation between patient education, patient empowerment and patient satisfaction: a cross-sectional comparison study. **Applied Nursing Research**, v. 39, p. 11-17, 2017. DOI: 10.1016/j.apnr.2017.10.008.

O ENSINO SUPERIOR E O PESO DE EXISTIR: REFLEXÕES SOBRE A SAÚDE MENTAL DOS ESTUDANTES

Francisco Sampaio¹.

RISE-Health, Escola Superior de Enfermagem, Universidade do Porto (ESEP), Porto, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0002-9245-256X>

RESUMO: A saúde mental dos estudantes do ensino superior tem vindo a assumir centralidade nas agendas académicas e de saúde pública, na medida em que esta etapa do ciclo de vida coincide com transições desenvolvimentais, pressões académicas e, para muitos, mudanças de contexto social e económico. A literatura internacional documenta prevalências relevantes de sintomas depressivos e ansiosos, ideação suicida e sofrimento psíquico, bem como lacunas persistentes na procura de ajuda profissional, frequentemente associadas a estigma, baixa literacia em saúde mental e barreiras de acesso. Este capítulo oferece uma análise teórica e de discussão, ancorada em evidência recente, sobre determinantes e trajetórias do sofrimento psíquico em estudantes do ensino superior, articulando fatores individuais (ex.: vulnerabilidades prévias, estratégias de *coping*, sono e consumo de álcool) e fatores contextuais (ex.: carga letiva, avaliações, clima institucional, violência e assédio). A Enfermagem é mobilizada como foco exemplificativo, dado o perfil de exigência emocional e a exposição precoce a contextos clínicos. Como ilustração empírica, apresentam-se resultados selecionados de um inquérito realizado junto de estudantes de Enfermagem de uma instituição portuguesa, recolhidos entre 10 de outubro e 31 de dezembro de 2024, evidenciando níveis não negligenciáveis de sintomatologia ansiosa e depressiva, experiências de assédio e padrões de consumo de álcool. Discutem-se implicações para políticas e práticas institucionais, enfatizando abordagens de “*whole-university*”, prevenção multinível, ambientes académicos psicologicamente seguros e integração curricular de competências socioemocionais.

PALAVRAS-CHAVE: saúde mental. ensino superior. estudantes de enfermagem.

HIGHER EDUCATION AND THE WEIGHT OF EXISTENCE: REFLECTIONS ON STUDENTS' MENTAL HEALTH

ABSTRACT: Student mental health in higher education has gained renewed prominence in academic and public health agendas, as this life stage coincides with developmental transitions, academic pressures, and, for many, major social and economic changes. International evidence shows substantial levels of depressive and anxiety symptoms, suicidal ideation and psychological distress, alongside persistent gaps in professional help-seeking, often linked to stigma, limited mental health literacy, and access barriers. This chapter provides a theoretically grounded discussion, informed by recent evidence, on determinants and trajectories of psychological distress in higher education, integrating individual factors (e.g., prior vulnerabilities, coping strategies, sleep and alcohol use) and contextual drivers (e.g., curricular load, assessment demands, institutional climate, violence and harassment). Nursing is used as an illustrative focus due to emotional labour and early exposure to clinical contexts. As an empirical illustration, selected findings from a survey conducted with nursing students in a Portuguese institution, collected between 10 October and 31 December 2024, are presented, highlighting non-negligible levels of anxiety and depressive symptoms, experiences of harassment and patterns of alcohol consumption. Implications for policy and practice are discussed, emphasising whole-university approaches, multi-level prevention, psychologically safe academic environments and the curricular integration of socio-emotional competencies.

KEY-WORDS: mental health. higher education. nursing students.

INTRODUÇÃO

A entrada no ensino superior constitui, para muitos jovens e adultos emergentes, um período de intensas transições (académicas, identitárias, relacionais e económicas) que pode funcionar como oportunidade de desenvolvimento, mas também como contexto de risco para a saúde mental. A acumulação de exigências (carga letiva, avaliações, pressão por desempenho, conciliação com trabalho remunerado, deslocação geográfica, separação da rede familiar) ocorre frequentemente num momento em que se consolida a autonomia e se intensificam responsabilidades de vida diária.

A evidência internacional sugere que uma proporção significativa das experiências de doença mental tem início antes dos 25 anos, e que o período universitário é crítico para a expressão de sintomas e para a identificação precoce de necessidades. Estudos multicêntricos no âmbito da iniciativa World Mental Health International College Student (WMH-ICS) têm mostrado uma elevada prevalência de experiências de doença mental e de comorbidades em estudantes, com impacto funcional relevante e, simultaneamente, subutilização de cuidados especializados (AUERBACH *et al.*, 2018).

Paralelamente, revisões sistemáticas e sínteses de meta-análises continuam a documentar níveis substanciais de sintomatologia depressiva e ansiosa em populações universitárias, com variação entre contextos culturais e sistemas de ensino, mas com consistência na identificação de fatores associados como stress académico, qualidade do sono, consumo de substâncias, adversidade social e experiências de violência e assédio (AHMED *et al.*, 2023; GULLIVER; GRIFFITHS; CHRISTENSEN, 2010).

Neste enquadramento, as instituições de ensino superior são desafiadas a assumir um papel ativo na promoção de ambientes académicos saudáveis, integrando intervenções de prevenção e promoção, políticas de proteção (ex.: prevenção de assédio e discriminação) e sistemas de apoio acessíveis. Abordagens de “*whole-university*”, inspiradas em cartas e redes internacionais de universidades promotoras de saúde, sublinham a necessidade de integrar o bem-estar no desenho institucional, na governação, nas práticas pedagógicas e nos serviços de apoio.

METODOLOGIA

O presente capítulo é de natureza teórica e de discussão. A sua elaboração foi orientada por uma revisão narrativa informada pela literatura, privilegiando fontes de elevada robustez metodológica (revisões sistemáticas, meta-análises, *umbrella reviews* e documentos de enquadramento institucional). A pesquisa bibliográfica incidiu sobre saúde mental de estudantes do ensino superior, determinantes psicossociais, procura de ajuda e intervenções preventivas/promocionais, incluindo literatura específica sobre estudantes de Enfermagem.

Para ancorar a discussão em dados concretos e contextualizados, são ainda apresentados resultados selecionados de um inquérito transversal realizado numa instituição de ensino superior em Portugal (Escola Superior de Enfermagem da Universidade do Porto), recolhidos entre 10 de outubro e 31 de dezembro de 2024. Estes dados são utilizados exclusivamente como ilustração, mantendo-se uma abordagem concetual ampla centrada em estudantes do ensino superior em geral, com a Enfermagem como foco exemplificativo.

Determinantes do sofrimento psicológico no ensino superior

A saúde mental em contexto universitário deve ser entendida numa lógica ecológica e de curso de vida, integrando fatores individuais, interpessoais, institucionais e socioeconómicos. Em termos individuais, vulnerabilidades prévias, história de adversidade, condições neuropsiquiátricas e estilos de *coping* influenciam a forma como as exigências académicas são interpretadas e geridas. Em termos contextuais, a organização curricular, o clima pedagógico (ex.: *feedback*, justiça avaliativa), a qualidade das relações com pares e docentes e a existência de redes de apoio funcionam como moduladores de risco e proteção.

A qualidade do sono emerge consistentemente como variável crítica: irregularidade de horários, uso problemático de ecrãs e stress académico associam-se a pior sono e a maior sintomatologia depressiva e ansiosa. Intervenções psicológicas dirigidas ao sono em estudantes têm mostrado benefícios relevantes, sugerindo que a higiene do sono e abordagens cognitivo-comportamentais podem ser componentes estratégicos de programas institucionais (TADROS *et al.*, 2025).

O consumo de álcool, frequentemente normalizado em culturas académicas, pode ser utilizado como estratégia de *coping*, sobretudo em períodos de avaliação, estando associado a consequências académicas e de saúde. A literatura documenta a relevância do *binge drinking* em jovens e adultos emergentes e a utilidade de intervenções motivacionais, embora com heterogeneidade de efeitos (SERRANO-FERNÁNDEZ *et al.*, 2025; MERINO-CASQUERO *et al.*, 2025).

Finalmente, experiências de violência, *bullying* e assédio (moral e sexual) constituem determinantes particularmente perniciosos, não apenas pelo impacto direto na saúde mental, mas também por degradarem a perceção de segurança psicológica e pertença institucional. Revisões sistemáticas em contexto de ensino superior apontam para prevalências expressivas de assédio sexual e para a necessidade de respostas institucionais consistentes e centradas na prevenção e na responsabilização (BONDESTAM, LUNDQVIST, 2020).

A procura de ajuda

Apesar da carga de sofrimento reportada, a procura de ajuda profissional por estudantes tende a ser inferior ao esperado. Uma parte substancial recorre preferencialmente a pares, família ou estratégias individuais, e apenas uma minoria acede a cuidados psicológicos/psiquiátricos de forma atempada. Trabalhos de síntese evidenciam que as barreiras percebidas incluem o estigma, expectativas de autossuficiência, receio de exposição, baixa literacia em saúde mental, e obstáculos práticos como custos, horários e tempos de espera (HUNT; EISENBERG, 2010; GULLIVER; GRIFFITHS; CHRISTENSEN, 2010).

Em consequência, programas de promoção da saúde mental no *campus* devem combinar: a) medidas universais (ex.: campanhas de literacia e redução de estigma); b) medidas seletivas para grupos com maior risco; e c) medidas indicadas para estudantes com sintomas clinicamente significativos, garantindo vias rápidas de encaminhamento e continuidade de cuidados. A evidência sobre intervenções preventivas em estudantes sugere que programas baseados em competências (ex.: *coping*, *mindfulness*, regulação emocional) podem reduzir sintomas e melhorar indicadores de bem-estar, sobretudo quando integrados de forma consistente no currículo e em ambientes de aprendizagem positivos (CONLEY *et al.*, 2015).

A digitalização de cuidados (ex.: intervenções *online*, plataformas de autoajuda guiada, telepsicologia) constitui uma estratégia complementar, com evidência favorável

em múltiplos estudos, embora dependente de adesão, adequação cultural e garantia de privacidade (LATTIE *et al.*, 2019).

A enfermagem como foco exemplificativo

Os estudantes de Enfermagem ilustram, de forma particularmente expressiva, a complexidade do sofrimento psíquico no ensino superior. Para além das exigências académicas comuns, estes enfrentam exposição precoce a contextos clínicos, contacto com sofrimento, doença e morte, tensão emocional, turnos e exigência relacional. Estes fatores podem amplificar o stress, fadiga e disrupção do sono, sobretudo quando conjugados com cargas letivas intensivas e avaliações frequentes.

A literatura tem identificado prevalências relevantes de sintomas ansiosos e depressivos, bem como de *burnout*, entre estudantes de Enfermagem. Uma meta-análise recente sobre *burnout* nesta população sugere níveis preocupantes, com implicações para o desempenho académico, satisfação com o curso e intenção de abandono (GÓMEZ-URQUIZA *et al.*, 2023). Adicionalmente, uma *umbrella review* publicada no *International Journal of Nursing Studies* reforça a magnitude do problema e sublinha lacunas na implementação de estratégias preventivas robustas e sustentadas (EFSTATHIOU *et al.*, 2025).

Importa salientar que, paradoxalmente, estudantes de áreas da saúde podem experienciar estigma internalizado relativamente à procura de ajuda e receio de que a revelação de dificuldades comprometa a imagem profissional. Assim, a promoção de ambientes pedagógicos seguros e a integração curricular de competências de autocuidado e saúde mental são particularmente pertinentes em Enfermagem, podendo ter impacto não apenas no percurso formativo, mas também na futura prática clínica e na qualidade dos cuidados.

Ilustração empírica: resultados selecionados de um inquérito em estudantes de enfermagem

Apresentam-se, de seguida, resultados selecionados de um inquérito transversal aplicado a estudantes de Enfermagem numa instituição do ensino superior em Portugal (Tabelas 1-7). A recolha decorreu entre 10 de outubro e 31 de dezembro de 2024. O questionário incluiu itens sociodemográficos e académicos, autorrelato de diagnóstico de doença mental, e escalas breves para rastreio de sintomatologia ansiosa e depressiva (GAD-7 e PHQ-9), bem como questões relativas a procura de ajuda, experiências de assédio e padrões de consumo de álcool.

Tabela 1: diagnóstico formal de doença mental (autorrelato).

Resposta	n (%)
Sim	111 (30,2%)
Não	250 (68,1%)
Prefiro não responder	6 (1,6%)
Total	367 (100,0%)

Fonte: elaboração própria, com base em dados do inquérito (2024).

Tabela 2: diagnósticos autorreportados entre estudantes com diagnóstico formal (respostas múltiplas).

Diagnóstico autorreportado*	n (%)
Depressão	68 (61,3%)
Perturbação de ansiedade	100 (90,1%)
Perturbação bipolar	4 (3,6%)
Esquizofrenia	1 (0,9%)
Outro	7 (6,3%)

Nota: * respostas múltiplas; percentagens relativas a n=111 (estudantes com diagnóstico formal autorreportado).

Fonte: elaboração própria, com base em dados do inquérito (2024).

Tabela 3: severidade da sintomatologia ansiosa (GAD-7).

Categoria (GAD-7)	n (%)
Sem ansiedade (0–4)	54 (14,7%)
Ansiedade ligeira (5–9)	116 (31,6%)
Ansiedade moderada (10–14)	97 (26,4%)
Ansiedade grave (15–21)	100 (27,2%)
Total	367 (100,0%)

Fonte: elaboração própria, com base em dados do inquérito (2024).

Tabela 4: severidade da sintomatologia depressiva (PHQ-9).

Categoria (PHQ-9)	n (%)
Mínima (0–4)	70 (19,1%)
Ligeira (5–9)	90 (24,5%)
Moderada (10–14)	76 (20,7%)
Moderadamente grave (15–19)	54 (14,7%)
Grave (20–27)	77 (21,0%)
Total	367 (100,0%)

Fonte: elaboração própria, com base em dados do inquérito (2024).

Tabela 5: probabilidade de recorrer a diferentes fontes de apoio em caso de dificuldades (autorrelato).

Fonte de apoio	Categoria de probabilidade	%
Amigo	Muito provavelmente	41,1%
Amigo	Provavelmente	31,9%
Amigo	Um pouco provável	18,8%
Amigo	Improvável	6,0%
Amigo	Muito improvável	2,2%
Psicoterapia	Muito provavelmente	31,6%
Psicoterapia	Provavelmente	25,6%
Psicoterapia	Um pouco provável	21,8%
Psicoterapia	Improvável	12,8%
Psicoterapia	Muito improvável	8,2%
Psiquiatria	Muito provavelmente	11,2%
Psiquiatria	Provavelmente	15,8%
Psiquiatria	Um pouco provável	21,3%
Psiquiatria	Improvável	22,3%
Psiquiatria	Muito improvável	29,4%
Aconselhamento na universidade	Muito provavelmente	10,9%
Aconselhamento na universidade	Provavelmente	19,9%
Aconselhamento na universidade	Um pouco provável	26,4%
Aconselhamento na universidade	Improvável	22,1%
Aconselhamento na universidade	Muito improvável	20,7%
App no smartphone	Muito provavelmente	15,5%
App no smartphone	Provavelmente	16,3%
App no smartphone	Um pouco provável	21,8%
App no smartphone	Improvável	18,5%
App no smartphone	Muito improvável	28,9%

Fonte: elaboração própria, com base em dados do inquérito (2024).

Tabela 6: experiências de assédio moral e sexual em contexto académico e/ou clínico.

Experiência	Sim	Não	Prefiro não responder
Assédio moral	187 (51,0%)	160 (43,6%)	20 (5,4%)
Assédio sexual	149 (40,6%)	206 (56,1%)	12 (3,3%)
Total (N)	367	367	367

Nota: entre os que reportaram assédio moral (n=187), 25 (13,4%) indicaram ocorrência na universidade, 126 (67,4%) fora da universidade e 36 (19,3%) em ambos os contextos. Entre os que reportaram assédio sexual (n=149), 2 (1,3%) indicaram ocorrência na universidade, 142 (95,3%) fora da universidade e 5 (3,4%) em ambos os contextos.

Fonte: elaboração própria, com base em dados do inquérito (2024).

Tabela 7: padrões de consumo de álcool e *binge drinking* (autorrelato).

Frequência	Consumo de álcool (n, %)	Binge drinking (n, %)
Nunca	32 (8,7%)	230 (62,7%)
Raramente	85 (23,2%)	10 (2,7%)
1 a 2 vezes por mês	113 (30,8%)	33 (9,0%)
1 a 2 vezes por semana	81 (22,1%)	86 (23,4%)
Diariamente ou quase	56 (15,3%)	8 (2,2%)
Total	367 (100,0%)	367 (100,0%)

Nota: *binge drinking* definido, no questionário, como ingestão de ≥ 5 bebidas alcoólicas numa única ocasião.

Fonte: elaboração própria, com base em dados do inquérito (2024).

DISCUSSÃO

Os resultados ilustrativos apresentados sugerem que, mesmo em populações com formação em saúde, uma proporção relevante de estudantes reporta diagnóstico formal de doença mental e apresenta níveis clinicamente significativos de sintomatologia ansiosa e depressiva. Estes achados são coerentes com a literatura internacional, que evidencia elevadas prevalências de ansiedade e depressão em estudantes do ensino superior e sublinha a necessidade de estratégias preventivas sustentadas (AHMED *et al.*, 2023; AUERBACH *et al.*, 2018).

A distribuição da severidade na GAD-7 e no PHQ-9 reforça a importância de modelos de resposta escalonada (“*stepped care*”): uma parte dos estudantes beneficiará de medidas universais e de baixo limiar (ex.: promoção da literacia, estratégias de *coping*, promoção do sono), enquanto outra necessitará de avaliação clínica e intervenção especializada. A validade e utilidade destas escalas breves para rastreio em contextos comunitários e educativos encontra-se amplamente documentada (KROENKE; SPITZER; WILLIAMS, 2001; SPITZER *et al.*, 2006).

O padrão de procura de ajuda sugere preferência por recursos informais (ex.: amigos), com menor probabilidade de recurso a serviços psicológicos/psiquiátricos. Este padrão replica evidência prévia sobre barreiras percebidas e estigma, justificando intervenções que aproximem os serviços dos estudantes, reforcem a confidencialidade e reduzam os custos de oportunidade (HUNT, EISENBERG, 2010; GULLIVER; GRIFFITHS; CHRISTENSEN, 2010).

As experiências de assédio moral e sexual merecem atenção particular. Para além do dano individual, estes fenómenos deterioram o clima de aprendizagem, aumentam o absentismo e intenção de abandono, e podem comprometer a socialização profissional. Em áreas como a Enfermagem, onde a aprendizagem clínica é central, o combate ao *bullying* e à violência lateral deve integrar políticas institucionais, formação de tutores/docentes e mecanismos de reporte seguros (GHERI *et al.*, 2025).

Por fim, os padrões de consumo de álcool e de *binge drinking* salientam a necessidade de abordagens preventivas integradas, incluindo políticas de *campus*, intervenções breves e estratégias motivacionais com evidência de eficácia moderada (SERRANO-FERNÁNDEZ *et al.*, 2025).

Recomendações para políticas e práticas institucionais

Com base na evidência e na discussão precedente, apresentam-se recomendações estruturadas em três níveis, com potencial de adaptação a diferentes contextos institucionais:

Nível universal (toda a comunidade acadêmica):

- Implementar uma estratégia institucional de promoção de saúde mental e bem-estar, alinhada com abordagens de “*whole-university*”.
- Integrar a literacia em saúde mental e a redução de estigma em campanhas regulares e em momentos-chave do calendário acadêmico (ex.: recepção ao caloiro, épocas de avaliação).
- Promover políticas de sono saudável e higiene digital, incluindo ajustes pedagógicos que reduzam picos de avaliação e favoreçam a previsibilidade.
- Reforçar políticas de prevenção de assédio e violência, com mecanismos de reporte confidenciais, apoio às vítimas e responsabilização.

Nível seletivo (grupos com maior vulnerabilidade):

- Identificar períodos e grupos de maior risco (ex.: primeiro ano, transição para o ensino clínico, estudantes deslocados/internacionais) e oferecer programas direcionados de *coping* e regulação emocional.
- Disponibilizar intervenções breves baseadas em evidência (ex.: *mindfulness*, treino de competências socioemocionais), preferencialmente integradas no *curriculum* acadêmico.
- Criar percursos de apoio para estudantes trabalhadores e/ou com dificuldades socioeconômicas, articulando bolsas, apoio social e aconselhamento.

Nível indicado (necessidades clínicas):

- Assegurar o acesso atempado a avaliação psicológica/psiquiátrica, com vias rápidas em situações de risco (ex.: ideação suicida).
- Implementar modelos de “*stepped care*”, combinando autoajuda guiada, intervenções digitais e cuidados presenciais conforme a gravidade e preferência.
- Articular serviços internos com redes externas (SNS e respostas comunitárias), garantindo a continuidade de cuidados.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A saúde mental dos estudantes do ensino superior deve ser entendida como prioridade acadêmica e de saúde pública. A evidência disponível aponta para níveis substanciais de sofrimento psicológico, barreiras persistentes na procura de ajuda e impacto de determinantes contextuais como stress académico, sono, consumo de álcool e experiências de violência. A Enfermagem, enquanto contexto formativo de elevada exigência emocional, ilustra a necessidade de respostas integradas e sustentadas. Intervenções eficazes exigem compromisso institucional, integração curricular, serviços acessíveis e políticas de proteção, numa lógica de prevenção multinível e de ambientes psicologicamente seguros.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Eu, autor deste capítulo, declaro que não possuo conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, académica e pessoal.

REFERÊNCIAS

- AHMED, M. *et al.* A systematic review and meta-analysis of studies exploring prevalence of non-specific anxiety in undergraduate university students. **BMC Psychiatry**, 2023, 23(1), 240. DOI: 10.1186/s12888-023-04645-8.
- AUERBACH, R. P. *et al.* WHO World Mental Health Surveys International College Student Project: Prevalence and distribution of mental disorders. **Journal of Abnormal Psychology**, 2018, 127(7), 623-638. DOI: 10.1037/abn0000362.
- BONDESTAM, F., & LUNDQVIST, M. Sexual harassment in higher education – a systematic review. **European Journal of Higher Education**, 2020, 10(4), 397-419. DOI: 10.1080/21568235.2020.1729833.
- CONLEY, C. S. *et al.* A meta-analysis of universal mental health prevention programs for higher education students. **Prevention Science**, 2015, 16(4), 487-507. DOI: 10.1007/s11121-015-0543-1.
- EFSTATHIOU, G. *et al.* The prevalence of mental health issues among nursing students: An umbrella review synthesis of meta-analytic evidence. **International Journal of Nursing Studies**, 2025, 163, 104993. DOI: 10.1016/j.ijnurstu.2025.104993.
- GHERI, M. *et al.* Prevalence of bullying and lateral violence against nursing students by clinical teachers: A scoping review. **Teaching and Learning in Nursing**, 2025. DOI: 10.1016/j.teln.2025.11.036.
- GÓMEZ-URQUIZA, J. L. *et al.* Prevalence and levels of burnout in nursing students: A systematic review with meta-analysis. **Nurse Education in Practice**, 2023, 72, 103753. DOI: 10.1016/j.nepr.2023.103753.

GULLIVER, A., GRIFFITHS, K. M., & CHRISTENSEN, H. Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. **BMC Psychiatry**, 2010, 10, 113. DOI: 10.1186/1471-244X-10-113.

HUNT, J., & EISENBERG, D. Mental health problems and help-seeking behavior among college students. **Journal of Adolescent Health**, 2010, 46(1), 3-10. DOI: 10.1016/j.jadohealth.2009.08.008.

KROENKE, K., SPITZER, R. L., & WILLIAMS, J. B. W. The PHQ-9: Validity of a brief depression severity measure. **Journal of General Internal Medicine**, 2001, 16(9), 606-613. DOI: 10.1046/j.1525-1497.2001.016009606.x.

LATTIE, E. G. *et al.* Digital mental health interventions for depression, anxiety, and enhancement of psychological well-being among college students: Systematic review. **Journal of Medical Internet Research**, 2019, 21(7), e12869. DOI: 10.2196/12869.

MERINO-CASQUERO, A. *et al.* Beyond confinement: A systematic review on factors influencing binge drinking among adolescents and young adults during the pandemic. **Journal of Clinical Medicine**, 2025, 14(5), 1546. DOI: 10.3390/jcm14051546.

SERRANO-FERNÁNDEZ, V. *et al.* Motivational interventions for reducing excessive alcohol consumption among university students: A systematic review and meta-analysis. **Healthcare**, 2025, 13(19), 2405. DOI: 10.3390/healthcare13192405.

SPITZER, R. L. *et al.* A brief measure for assessing generalized anxiety disorder: The GAD-7. **Archives of Internal Medicine**, 2006, 166(10), 1092-1097. DOI: 10.1001/archinte.166.10.1092.

TADROS, I. *et al.* A systematic review and meta-analysis of psychological treatments to improve sleep quality in university students. **PLOS ONE**, 2025,

CONSUMO DE SUBSTÂNCIAS E EPISÓDIOPsicÓTICO: REFLEXÕES CLÍNICAS A PARTIR DE UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Lídia Susana Mendes Moutinho¹;

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

ORCID: 0000-0001-5076-0612.

Inês Robalo Nunes²;

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

ORCID: 0000-0003-4718-8285

Maria Teresa Estácio Gaspar Gonçalves de Araújo ³;

Hospital Pulido Valente- Unidade Psiquiátrica Integrada para Adolescentes – Unidade Local
de Saúde St^a Maria, Lisboa, Portugal.

Pedro Miguel Lapas do Patrocínio Carvalhinho ⁴;

Hospital Fernando Fonseca, Lisboa, Portugal.

Olga Maria Martins de Sousa Valentim⁸;

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

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

Bárbara Alves Lourenço ⁵.

Residências Montepio Montijo – Unidade de Cuidados Continuados, Lisboa, Portugal.

RESUMO: Nos últimos cinco anos, em Portugal, verificou-se um aumento do consumo de substâncias na faixa etária compreendida entre os 15 e os 34 anos, e consequentemente um aumento de internamentos de jovens com primeiro surto psicótico induzido por substâncias. Esta realidade constitui um desafio para os cuidados de enfermagem, exigindo intervenções adequadas e baseadas na evidência. A aplicação dos resultados de uma revisão integrativa da literatura norteada pela questão “Quais são as intervenções de enfermagem dirigidas a jovens adultos com primeiro surto psicótico induzido por consumo de substâncias?”, a um caso clínico evidencia a importância da prática baseada na evidência no quotidiano dos enfermeiros. **Objetivos:** Identificar intervenções de enfermagem dirigidas a jovens adultos com primeiro episódio psicótico induzido por consumo de substâncias e apresentar

um plano de cuidados aplicado a um caso clínico. **Metodologia:** Realizou-se uma revisão integrativa da literatura segundo o referencial de Whittemore e Knafl. A pesquisa decorreu entre abril e maio de 2024 nas bases de dados EBSCOhost, B-on, Scopus e Clarivate. Foi ainda apresentado um caso clínico de um jovem internado numa unidade de psiquiatria por psicose induzida por substâncias, com plano de cuidados de enfermagem estruturado, segundo a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem. **Resultados:** Dos 398 artigos identificados, foram aplicados os critérios de exclusão, resultando na seleção de seis estudos. A sua avaliação possibilitou a identificação de intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes. No caso clínico analisado os principais diagnósticos de enfermagem foram alucinação, processo de pensamento comprometido, aceitação do estado de saúde comprometida e uso de substâncias. **Conclusões:** A evidência científica sustenta intervenções de enfermagem autónomas e interdependentes eficazes na abordagem ao jovem adulto com primeiro episódio psicótico induzido por substâncias. Contudo, persistem fatores que dificultam a transposição do conhecimento teórico para a prática clínica.

PALAVRAS-CHAVE: Substâncias. Alucinação. Enfermagem.

SUBSTANCE USE AND PSYCHOTIC EPISODE: CLINICAL REFLECTIONS BASED ON AN INTEGRATIVE LITERATURE REVIEW

ABSTRACT: Over the past five years in Portugal, there has been an increase in substance use among individuals aged 15 to 34, and consequently an increase in hospital admissions of young people experiencing a first substance-induced psychotic episode. This reality represents a challenge for nursing care, requiring appropriate and evidence-based interventions. The application of findings from an integrative literature review guided by the question, “What are the nursing interventions directed at young adults with a first substance-induced psychotic episode?”, to a clinical case highlights the importance of evidence-based practice in nurses’ daily work. **Objectives:** To identify nursing interventions directed at young adults with a first substance-induced psychotic episode and to present a nursing care plan applied to a clinical case. **Methodology:** An integrative literature review was conducted according to the framework proposed by Whittemore and Knafl. The search was carried out between April and May 2024 in the databases EBSCOhost, B-on, Scopus, and Clarivate. A clinical case of a young adult admitted to a psychiatric unit due to substance-induced psychosis was also presented, with a care plan structured according to the International Classification for Nursing Practice. **Results:** Of the 398 articles initially identified, exclusion criteria were applied, resulting in the selection of six studies. Their analysis enabled the identification of both autonomous and interdependent nursing interventions. In the clinical case analysed, the main nursing diagnoses were hallucinations, impaired thought processes, impaired acceptance of health status, and substance use. **Conclusions:** Scientific evidence supports effective autonomous and interdependent nursing interventions in the care of

young adults experiencing a first substance-induced psychotic episode. However, factors that hinder the translation of theoretical knowledge into clinical practice persist.

KEY-WORDS: Substances. Hallucination. Nursing.

INTRODUÇÃO

A ocorrência de um primeiro episódio psicótico induzido pelo uso de substâncias psicoativas em jovens adultos constitui um desafio crescente para os cuidados de enfermagem. Este fenómeno envolve a articulação de conceitos centrais como “cuidados de enfermagem”, “jovem adulto”, “episódio psicótico” e “abuso de substâncias”, exigindo uma abordagem integrada, fundamentada e sensível às necessidades específicas desta população. Os diagnósticos de enfermagem como delírio e alucinação, de acordo com a Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE) são frequentes nos jovens adultos internados por episódio psicótico. A identificação destes diagnósticos reforça a necessidade de cuidados baseados na evidência, sustentados na mobilização de conhecimentos científicos e na adoção das melhores práticas clínicas.

O presente estudo tem como objetivos identificar os cuidados de enfermagem dirigidos a jovens adultos com primeiro surto psicótico induzido por consumo de substâncias e analisar um caso clínico onde se evidenciam as intervenções de enfermagem identificadas na literatura. Para tal, foi realizada uma Revisão Integrativa da Literatura, orientada por uma questão de investigação que visa identificar as intervenções de enfermagem com jovens com primeiro episódio psicótico induzido por substâncias. Na discussão será evidenciado o resultado das intervenções de enfermagem identificadas. O trabalho será concluído com a apresentação das principais conclusões, bem como implicações para o ensino, investigação e prática clínica.

REFERENCIAL TEÓRICO

Em 2023, o Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD) realizou um inquérito nacional ao consumo de substâncias psicoativas na população geral portuguesa. Os dados obtidos evidenciaram um aumento da prevalência do consumo de 7,8% para 12,8% nas últimas décadas, com maior expressão no grupo etário dos 15 aos 34 anos (SICAD, 2024). Este crescimento, mais relevante entre os mais jovens, constitui um fator de risco para o desenvolvimento de perturbações psicóticas, uma vez que se trata de uma fase do ciclo vital marcada por processos de maturação cerebral ainda em curso e, por isso, mais suscetível aos efeitos nocivos das substâncias (MATHESON *et al.*, 2023). Paralelamente, tem-se verificado um acréscimo de internamentos de jovens com diagnóstico de primeiro episódio psicótico associado ao consumo de substâncias psicoativas (GONÇALVES-PINHO *et al.*, 2020), razão pela qual se revela fundamental aprofundar o conhecimento acerca da intervenção de enfermagem junto de pessoas com esta condição.

O cuidado de enfermagem, segundo o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE, 1996), compreende o conjunto de intervenções autônomas e interdependentes desenvolvidas pelo enfermeiro no âmbito das suas competências profissionais. A distinção entre intervenções autônomas e interdependentes reside essencialmente no grau de articulação com outros profissionais de saúde: nas primeiras, o enfermeiro atua sob sua exclusiva iniciativa e responsabilidade; nas segundas, a sua ação integra planos delineados em colaboração com equipas multidisciplinares.

Os cuidados de enfermagem caracterizam-se por uma interação dinâmica entre enfermeiro e utente/família/comunidade, sustentada numa relação de ajuda terapêutica (REPE, 1996). Com base numa metodologia sistematizada e evidência científica, o enfermeiro procede à avaliação das necessidades, formula diagnósticos de enfermagem, define resultados esperados, planeia e implementa intervenções, avaliando posteriormente a eficácia do plano de cuidados e reformulando-o sempre que necessário.

Segundo Hartley *et al.* (2020), o estabelecimento de uma relação terapêutica sólida entre o enfermeiro de saúde mental e a pessoa alvo de cuidados assume um papel determinante na evolução do quadro psicopatológico. A proximidade relacional, a comunicação eficaz e a prestação de cuidados individualizados colocam o enfermeiro numa posição privilegiada para compreender o utente de forma holística. Assim, na área da saúde mental, os cuidados de enfermagem revelam-se essenciais no tratamento, na reabilitação e na reinserção social de pessoas com perturbações psicopatológicas.

De acordo com a Organização Mundial da Saúde ([OMS], 2019), distinguem-se três grupos etários relevantes: “Adolescente” (10–19 anos), “Juventude” (15–24 anos) e “Adulto” (≥ 19 anos). Embora não exista uma categoria formalmente designada como “jovem-adulto”, considera-se que este termo traduz o grupo etário em análise (15–25 anos). A definição clínica de episódio psicótico, de acordo com a quinta edição do Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5), publicada pela American Psychiatric Association (2022), diz respeito a um período delimitado no qual emergem sintomas psicóticos que provocam uma alteração marcada na perceção da realidade e no funcionamento adaptativo do indivíduo. Estes sintomas, cuja intensidade e duração podem variar, abrangem alterações na cognição, perceção e comportamento. Para que se configure um episódio psicótico, é necessário que a gravidade dos sintomas comprometa significativamente o funcionamento da pessoa em diferentes áreas da sua vida, incluindo a social, académica, profissional, relacionamentos interpessoais e autocuidado (APA, 2022). A mesma fonte refere que um episódio psicótico pode incluir sintomas como alucinações auditivas, delírios persecutórios, agitação, discurso desorganizado e comportamento bizarro. Os sintomas devem desenvolver-se durante ou após (geralmente até um mês) a intoxicação ou abstinência de uma substância ou medicamento (APA, 2022).

Não existe uma causa singular para o desenvolvimento de episódios psicóticos. Estes parecem decorrer de uma interação complexa entre a predisposição genética, disparidades

no desenvolvimento cerebral e exposição a *stressores* ou traumas (*National Institute of Mental Health* [NIMH], 2023). Outros fatores eventualmente implicados na etiologia da psicose incluem a privação de sono, o consumo de determinados fármacos e álcool (NIMH, 2023). A utilização de substâncias psicoativas, seja de forma contínua ou esporádica, pode estar diretamente relacionada com o desenvolvimento de episódios psicóticos (NIMH, 2023).

As perturbações relacionadas com substâncias surgem no DSM-5 como o termo aplicado para descrever a grande variedade de perturbações que podem ir desde uma forma ligeira a um estado grave de uso crónico, recidivante e compulsivo de substâncias. As perturbações relacionadas com substâncias podem ser classificadas em Perturbações de Uso de Substâncias e Perturbações Induzidas por Substâncias (APA, 2022).

Considerando a definição de episódio psicótico da APA (2022) e a avaliação do estado mental dos jovens em contexto de internamento com primeiro episódio psicótico, são frequentes os diagnósticos de enfermagem “delírio” e “alucinação”. O delírio é entendido como um processo de pensamento distorcido. É descrito como uma alteração cognitiva súbita ou rápida, frequentemente associada a memória comprometida e desorientação (CIPE, 2023). Trata-se, portanto, de uma alteração do conteúdo do pensamento, que traduz uma interpretação distorcida da realidade. As alucinações, de acordo com a CIPE (2023), correspondem a perceções sensoriais que ocorrem na ausência de um estímulo externo real, sendo experienciadas pela pessoa como vívidas e reais. Embora as alucinações auditivas sejam as mais frequentes em contexto de episódio psicótico, podem igualmente ocorrer alucinações visuais, táteis, olfativas ou gustativas, intensificando a vivência de distorção da realidade (TOWNSEND, 2021).

Tendo em conta o número de internamentos de jovens adultos por primeiro episódio psicótico, bem como a necessidade de intervenções de enfermagem dirigidas a esta população em contexto de internamento, desenvolveu-se a presente revisão integrativa da literatura para dar resposta à questão: “Quais são os cuidados de enfermagem a jovens adultos com primeiro episódio psicótico induzido por consumo de substâncias?”

METODOLOGIA

Para a elaboração desta revisão integrativa da literatura foi mobilizado o referencial metodológico de Whittemore e Knafl (2005). Segundo os seus autores, a revisão integrativa da literatura é desenvolvida através de várias etapas sequenciais. A primeira etapa corresponde à formulação de uma pergunta de investigação clara e específica que orienta todo o trabalho de pesquisa. A segunda etapa prevê a realização de uma pesquisa sistemática da literatura em diversas fontes, como bases de dados académicas e bibliotecas digitais, definindo critérios de inclusão e exclusão para selecionar os estudos relevantes. Após a pesquisa, os dados pertinentes são extraídos de cada estudo selecionado, de forma transparente e sistemática, procedendo-se de seguida a uma análise para identificar temas,

padrões e relações significativas. Posteriormente, os resultados são sintetizados, integrando os dados dos estudos individuais, para desenvolver uma compreensão mais abrangente do fenómeno em estudo. Durante todo o processo, é crucial uma avaliação crítica da qualidade metodológica dos estudos incluídos na revisão integrativa (WHITTEMORE; KNAFL, 2005). Os resultados são apresentados de forma clara e coerente, utilizando tabelas, diagramas ou narrativas descritivas.

A questão norteadora da pesquisa, baseada na mnemónica PCC (Participantes, Conceito, Contexto) (Tabela 1), foi “Quais os cuidados de enfermagem dirigidos ao jovem adulto com primeiro episódio psicótico induzido pelo abuso de substâncias?”.

Tabela 1- Mnemónica PCC da pergunta de investigação.

P- População	Jovens adultos com diagnóstico de primeiro episódio psicótico induzido pelo consumo de substâncias
C - Conceito	Intervenções de enfermagem
C - Contexto	Contextos de prestação de cuidados de saúde

Fonte: O Autor

Durante os meses de abril e maio de 2024, foi conduzida a pesquisa, triagem e leitura dos artigos pertinentes para a questão de investigação. A pesquisa foi realizada através das plataformas *EBSCOhost*, *B-ON*, *Scopus* e *Clarivate*. Numa primeira fase, identificámos os termos de pesquisa para a população, conceito e contexto, em linguagem natural e termos indexados MeSH, para a base de dados *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE) e *CINAHL Subject Headings*, para a *Cumulative Index of Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL). Após a definição dos descritores para cada base de dados, avançámos para a segunda fase do processo. Nesta etapa, conduzimos diversas pesquisas experimentais, combinando os diferentes descritores e utilizando os operadores booleanos “AND” e “OR”, com o objetivo de aprimorar a estratégia de pesquisa, refinando-a para alcançar resultados mais precisos e abrangentes. Finalmente, na terceira fase, procedemos à pesquisa efetiva nas várias bases de dados. Os termos utilizados foram “*Substance Use*”, “*Substance Abuse*”, “*Adolescent*”, “*Young Adult*”, “*Psychosis*”, “*Psychotic disorders*” e “*Psychoses*” de acordo com a base de dados onde foi realizada a pesquisa. Os detalhes da estratégia de pesquisa adotada e os resultados obtidos em cada etapa na base dados CINAHL são apresentados na Tabela 2.

Foram incluídas revisões da literatura, estudos quantitativos, qualitativos ou mistos, publicados em português, inglês ou espanhol, por serem os idiomas compreendidos pelos autores.

O intervalo temporal definido foi o compreendido entre 2014 e 2024. Outro critério de inclusão foi a população e o contexto do estudo, no caso, jovens com idades compreendidas entre os 15 e os 25 anos, com primeiro surto psicótico induzido pelo consumo de substâncias

em contexto de prestação de cuidados. Foram excluídos estudos não disponíveis na íntegra e estudos que abordassem perspectivas de outras áreas da saúde que não a enfermagem.

Tabela 2 – Estratégia de pesquisa utilizada na CINAHL.

Base de Dados	Estratégia de Pesquisa	Resultados por Etapa
CINAHL	S1: Substance Use OR Substance Abuse	114,119
	S2: Adolescent OR Young Adult	321,999
	S3: Nursing care OR Nurse OR Nursing	1,019,638
	S4: Psychosis OR Psychotic disorders OR Psychoses	72,066
	S5: S1 AND S2 AND S3 AND S4	11

Fonte: Os Autores

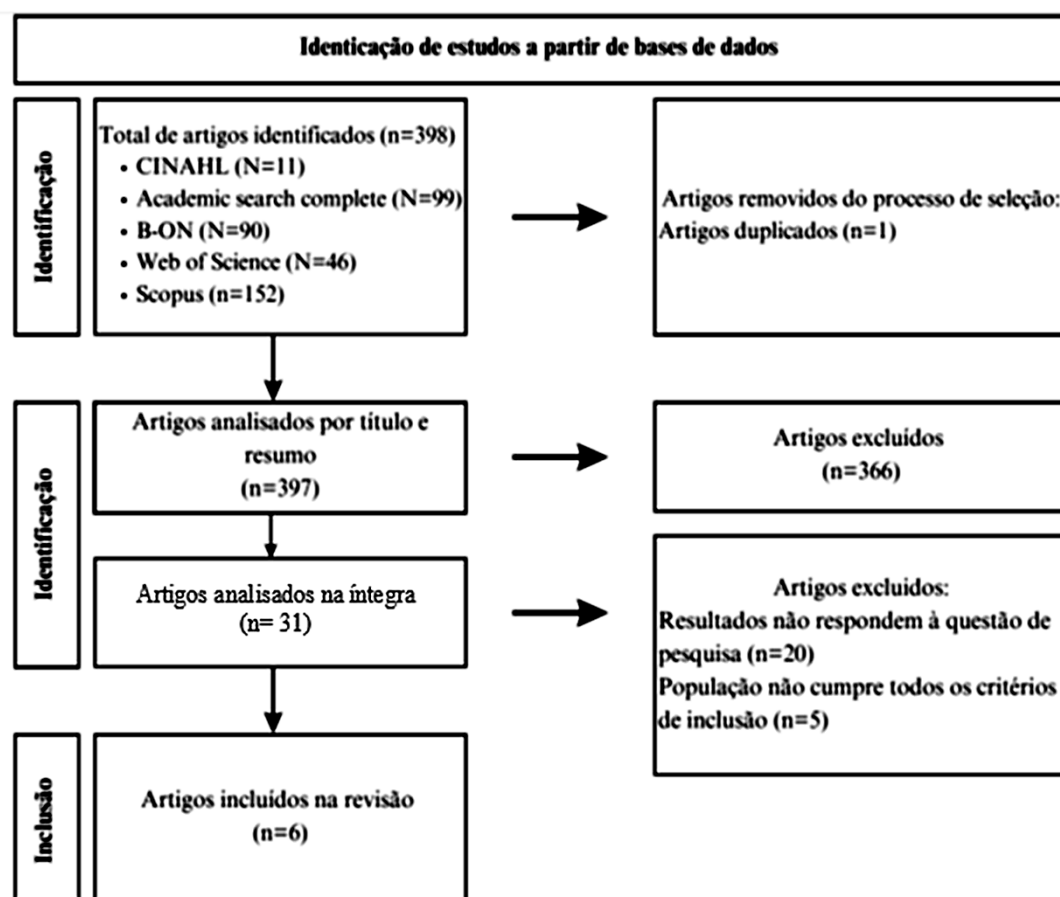
RESULTADOS

Seguidamente à pesquisa nas bases de dados, através da plataforma Rayyan® organizamos e triámos os artigos selecionados. Ao realizar a pesquisa descrita obtivemos um total de 398 artigos. Os artigos foram triados, inicialmente, pela leitura do título, resumo e palavras-chaves. Foram excluídos 366 artigos bem como 1 artigo duplicado, resultando num total de 31 artigos a serem lidos na íntegra. Após a leitura integral destes mesmos artigos, por não cumprirem todos os critérios de inclusão ou por não darem resposta à pergunta norteadora da pesquisa, foram excluídos 25 artigos, ficando assim um total de 6 artigos elegíveis para elaboração desta revisão.

Foi ainda, tal como previsto por Whittemore e Knafl (2005), realizada a avaliação do rigor metodológico e da relevância dos artigos selecionados. Para esta avaliação foi aplicada uma escala com 2 pontos (1- pouco adequado; 2- muito adequado), sendo que os artigos seriam classificados como “muito adequado” sempre que a amostra, os objetivos e o método de estudo eram claros e os resultados consistentes e corroborados por evidência científica e classificados como “pouco adequado” quando algum destes aspetos não era claro (WHITTEMORE; KNAFL, 2005). Esta avaliação não levou à exclusão de nenhum dos estudos (Figura 1).

Para a etapa de análise dos dados é necessário que estes sejam sintetizados, ordenados e qualificados.

Figura 1- Fluxograma (realizado com base nas Guidelines de PAGE *et al.*, 2021)



Fonte: Os Autores.

De seguida, e para se proceder à análise dos dados obtidos nos vários artigos selecionados, recorreu-se à técnica de análise de conteúdo de BARDIN (2020) que prevê uma pré-análise dos resultados e, posteriormente, a exploração e interpretação dos mesmos. Durante a pré-análise os artigos foram lidos na íntegra e foram extraídos os dados mais relevantes. Este processo foi executado por todos os autores. Procedeu-se à elaboração de tabelas de extração contendo as informações mais relevantes de cada um desses estudos (Tabela 3).

Tabela 3 – Extração de dados.

	Metodologia	Amostra	Intervenções de Enfermagem	Avaliação
Título, Autor e Ano	“A review of clinical manifestations in adolescent and young adults after use of synthetic cannabinoids” Brewer, T. L., & Collins, M. (2014)			
	Tipo de estudo: Revisão da Literatura	N=24	-Diagnóstico e identificação precoce do uso de substâncias e as suas manifestações clínicas; -Monitorização dos sinais vitais e outros sintomas; -Manutenção de um ambiente calmo com estimulação mínima; -Administração de benzodiazepinas e antipsicóticos; -Encaminhamento para o serviço social.	2 Pontos (Muito adequado)
Título, Autor e Ano	“The psychiatric, psychosocial and physical health profile of young people with early psychosis: Data from an early psychosis intervention service” Coates, D., Wright, L., Moore, T., Pinnell, S., Merillo, C., & Howe, D. (2019)			
	Tipo de estudo: Estudo quantitativo	N=601	-Realizar a avaliação física do utente; -Conhecer a história de saúde do utente e da sua família; -Psicoeducação ao utente e à família; -Administração de medicação antipsicótica; -Monitorização da ocorrência de efeitos adversos da terapêutica.	2 Pontos (Muito adequado)
Título, Autor e Ano	“An integrated substance use treatment model for young adults with first-episode psychosis: A naturalistic pilot evaluation” Herman, Y., Norouzian, N., & MacKezie, L. E. (2023)			
	Tipo de estudo: Ensaio Clínico.	N=64	Intervenção de grupo: - Entrevista motivacional; - Prevenção de recaída. Intervenção individual: - Exploração das barreiras individuais conducentes ao uso de substâncias.	2 Pontos (Muito adequado)

Título, Autor e Ano	“The provision of physical health care by nurses to young people with first episode psychosis: A cross-sectional study” Chee, G. L., Wynaden, D., & Heslop, K. (2018)			
	Tipo de estudo: Estudo transversal de natureza quantitativa	N=207	-Monitorizar os parâmetros de saúde física do utente; -Educação para a saúde no âmbito da adesão a um estilo de vida saudável; -Promoção da adesão à medicação.	2 Pontos (Muito adequado)
Título, Autor e Ano	“Factors influencing engagement with case managers: perspectives of young people with diagnosis of first episode psychosis” Tindall, R., Francey, S., & Hamilton, B. (2015)			
	Tipo de estudo: Estudo qualitativo com Análise Fenomenológica Interpretativa	N=7	- Estabelecer uma relação empática com o utente; -Aplicar técnicas de escuta ativa; -Encorajar o utente a expressar emoções.	2 Pontos (Muito adequado)
Título, Autor e Ano	“Specialized assertive community treatment intervention for homeless youth with first episode psychosis and substance use disorder: a 2-year follow-up study” Doré-Gauthier, V., Miron, J. P., Jutras-Asward, D., Ouellet-Plamondon, C., & Abdel-Baki, A. (2020)			
	Tipo de estudo: Estudo quantitativo longitudinal	N=50	-Monitorizar e avaliar sinais precoces; - Estabelecer um contato regular para acompanhar o estado de saúde mental; -Oferecer suporte emocional durante os períodos críticos; -Realizar psicoeducação ao cliente e à família sobre os sinais de alerta de um episódio psicótico; -Identificar as estratégias de <i>coping</i> para a autogestão de sintomas; -Colaborar com outros profissionais de saúde e serviços sociais para garantir uma abordagem integrada e coordenação dos cuidados.	2 Pontos (Muito adequado)

Fonte – Os Autores.

Na fase de exploração, os dados foram agrupados em categorias. As intervenções de enfermagem sugeridas nos 6 artigos podem ser subdivididas em 2 categorias: intervenções autónomas e intervenções interdependentes. As intervenções autónomas podem ser individuais ou em grupo, direcionadas à família ou ao cliente. As intervenções individuais incluem a abordagem individual ao cliente através da monitorização do seu estado físico e da avaliação do estado mental, psicoeducação sobre estilos de vida saudáveis e promoção da adesão ao tratamento farmacológico (BREWER; COLLINS, 2014; CHEE *et al.*, 2018; COATES *et al.*, 2019; DORÉ-GAUTHIER *et al.*, 2020; HERMAN *et al.*, 2023; TINDAL *et al.*, 2015). Nas intervenções em contexto de grupo terapêutico destacam-se as sessões de entrevista motivacional e o treino de prevenção de recaídas (HERMAN *et al.*, 2023). Por fim, as intervenções à família contemplam o ensino sobre sinais e sintomas bem como a identificação de estratégias para lidar com o aparecimento de sinais sugestivos de um episódio psicótico (COATES *et al.*, 2019; DORÉ-GAUTHIER *et al.*, 2020).

A realização deste trabalho, além da revisão integrativa realizada, teve também como objetivo a apresentação de um caso clínico onde poderão ser evidenciadas as intervenções de enfermagem identificadas na literatura.

O caso clínico diz respeito a F.V., 21 anos, sexo masculino, solteiro, com ensino secundário, a exercer funções como motorista. Vive com o pai adotivo, sua principal figura de referência. Foi encaminhado ao Serviço de Urgência de Psiquiatria por agitação psicomotora e ideação delirante de conteúdo persecutório e de autoreferência e presença de alucinações auditivo-verbais, em contexto de consumo de canábis. Após avaliação, foi considerada necessária a hospitalização, inicialmente recusada pelo utente, tendo sido posteriormente internado de forma involuntária ao abrigo da Lei de Saúde Mental portuguesa (Lei n.º 35/2023). A entrevista e o plano de cuidados foram realizados no sexto dia de internamento (Tabela 4).

Tabela 4 – Plano de Cuidados de Enfermagem.

Diagnóstico de Enfermagem 6º dia internamento	Intervenções	Resultados Esperados 12º dia internamento
Delírio presente	- Avaliar processo de pensamento (forma, curso e conteúdo) (D) - Monitorizar ideias delirantes – (SN) - Executar terapia de orientação para a realidade (SN) - Implementar intervenção psicoterapêutica individual (SN) - Estabelecer relação terapêutica estruturada (D)	Delírio presente - Processo de pensamento melhorado - Redução da frequência e intensidade das ideias delirantes
Alucinação presente	- Monitorizar alucinações auditivas (D) - Ensinar estratégias de coping (D) - Administrar terapêutica prescrita (TT) - Monitorizar efeitos da terapêutica (TT)	Alucinação presente -Redução da frequência e intensidade das alucinações
Adesão ao Regime Terapêutico Comprometida	- Avaliar adesão ao regime terapêutico (TT) - Supervisionar autoadministração da terapêutica (TT) - Realizar psicoeducação (SN)	Adesão ao Regime Terapêutico - Adesão eficaz ao regime terapêutico - Cumprimento regular da medicação - Participação progressiva no plano de cuidados
Uso de substâncias Presente	Avaliar uso de substâncias (D) Vigiar sinais de abstinência (D) Incentivar cessação do uso de substâncias (D) - Realizar psicoeducação (consequências do consumo; comportamentos alternativos ao consumo) (SN)	Risco Uso de substâncias No internamento, não apresenta consumos destas substâncias, demonstra-se sem sinais de abstinência.
Aceitação do Estado de Saúde Comprometida	- Avaliar nível de insight (D) - Promover reflexão sobre a condição clínica (D) - Incentivar participação em atividades terapêuticas (SN) - Desenvolver intervenção psicoeducativa (SN)	Aceitação do Estado de Saúde Comprometida - Insight melhorado - Reconhecimento da necessidade de tratamento - Maior envolvimento no processo de cuidados

D- Diariamente; SN- Sempre que necessário; TT- Todos os turnos.

DISCUSSÃO

A análise das intervenções de enfermagem dirigidas ao jovem adulto com surto psicótico associado ao consumo de substâncias reforça a necessidade de uma abordagem integrada, multidimensional e centrada na pessoa. A complexidade destes quadros clínicos decorre da interação entre fatores biológicos, psicológicos, sociais, familiares e contextuais, exigindo uma avaliação abrangente que contemple o estado físico, o exame mental, os padrões de consumo, o contexto familiar e os recursos individuais de *coping*.

Os resultados identificados nos seis artigos analisados evidenciam que intervenções estruturadas, combinando estratégias farmacológicas e não farmacológicas, produzem melhorias significativas na sintomatologia psicótica, na adesão terapêutica e na prevenção de recaídas (BREWER; COLLINS, 2014; CHEE *et al.*, 2018; COATES *et al.*, 2019; DORÉ-GAUTHIER *et al.*, 2020; HERMAN *et al.*, 2023). Esta abordagem integrada é igualmente corroborada por orientações internacionais, que defendem o tratamento simultâneo da perturbação psiquiátrica e do uso de substâncias (NIMH, 2023).

A OMS (2019; 2023) propõe um modelo faseado de intervenção. Na fase inicial, centrada na estabilização clínica, destaca-se a utilização de antipsicóticos e, quando necessário, benzodiazepinas, bem como a monitorização rigorosa dos seus efeitos. A desintoxicação supervisionada assume também particular relevância, garantindo a gestão adequada de sintomas de abstinência, hidratação e suporte nutricional. Assim confirma-se a importância da implementação de intervenções de enfermagem interdependentes, de que é exemplo a administração da terapêutica bem como das intervenções autónomas. Estas incluem a vigilância clínica contínua, a avaliação do estado mental e a promoção de um ambiente seguro e estruturado. A literatura reforça ainda a importância do suporte emocional e da escuta ativa, contribuindo para reduzir a ansiedade e aumentar a sensação de segurança (BREWER; COLLINS, 2014; COATES *et al.*, 2019).

A relação terapêutica surge como elemento central no envolvimento do jovem no seu processo de saúde. TINDALL *et al.* (2015) destacam que a qualidade da relação estabelecida entre enfermeiro e utente influencia significativamente a adesão ao tratamento e a continuidade dos cuidados. A utilização de uma comunicação empática, livre de julgamentos, o respeito pela confidencialidade e a valorização da experiência subjetiva do jovem são intervenções essenciais para fomentar confiança e colaboração.

Numa segunda fase, direcionada à compreensão da doença e à prevenção de recaídas, destacam-se as intervenções psicoterapêuticas e psicoeducativas, realizadas individualmente ou em grupo. A terapia cognitivo-comportamental e a psicoeducação permitem ao jovem compreender a relação entre o consumo de substâncias e o desencadeamento dos sintomas psicóticos, promovendo maior insight e responsabilização pelo tratamento (OMS, 2023). Nesta fase, o envolvimento da família é considerado determinante. A literatura aponta que a inclusão da família no processo terapêutico melhora a comunicação, reduz conflitos e contribui para um ambiente mais favorável à recuperação (MINUCHIN, 2012;

COATES *et al.*, 2019). No caso clínico apresentado não foi possível avaliar as intervenções dirigidas à família, uma vez que esta não foi alvo de intervenções pela sua ausência no contexto de internamento.

A terceira fase do tratamento centra-se na manutenção dos ganhos terapêuticos e na prevenção de recaídas. A participação em programas de reabilitação, grupos de apoio e atividades estruturadas favorece o desenvolvimento de competências de regulação emocional e de estratégias de *coping* adaptativas (HERMAN *et al.*, 2023). A construção de uma rede de suporte social sólida e o acompanhamento a longo prazo são fundamentais para assegurar a continuidade dos cuidados e reduzir o risco de abandono terapêutico. Paralelamente, a promoção de estilos de vida saudáveis — incluindo exercício físico, sono adequado, nutrição equilibrada e envolvimento em atividades significativas — contribui para a estabilidade clínica e bem-estar global.

Apesar da evidência científica sustentar esta abordagem abrangente, a prática clínica enfrenta obstáculos relevantes. A dificuldade em envolver a família no processo terapêutico, como é evidenciado no caso apresentado, bem como a insuficiência de acompanhamento comunitário estruturado, comprometem a continuidade dos cuidados após a alta hospitalar. A ausência de seguimento regular aumenta o risco de abandono da terapêutica e o retomar dos consumos, como salientado por DORÉ-GAUTHIER *et al.* (2020). Estes constrangimentos evidenciam a necessidade de fortalecer redes comunitárias, articulação interinstitucional e estratégias de transição segura para o contexto ambulatorio.

Implicações para a prática clínica, investigação e ensino:

No que se refere à prática clínica, os resultados evidenciam a importância da avaliação sistemática do estado mental e físico, da monitorização da terapêutica, da promoção da adesão ao tratamento, da psicoeducação ao utente e à família e do desenvolvimento de uma relação terapêutica.

A nível do ensino, é fundamental reforçar nos currículos de enfermagem a utilização de casos clínicos e da prática baseada na evidência como estratégia pedagógica para fortalecer o raciocínio clínico e a tomada de decisão fundamentada, em especial no que se refere ao consumo de substâncias.

Futuras investigações devem avaliar a eficácia de modelos integrados de intervenção, o impacto do envolvimento familiar, estratégias de transição para a comunidade e programas de prevenção de recaídas a longo prazo. É igualmente relevante explorar as barreiras à implementação da evidência na prática clínica, promovendo a melhoria contínua da qualidade dos cuidados em saúde mental.

CONCLUSÃO

Em síntese, os dados analisados permitem concluir que o cuidado ao jovem com episódio psicótico associado ao consumo de substâncias deve ser integral, faseado e articulado entre diferentes níveis de intervenção. As intervenções de enfermagem a incluir no plano de cuidados devem ser autônomas e interdependentes, de modo a dar resposta às diferentes necessidades que surgem nas diferentes etapas de tratamento. A conjugação de terapêutica farmacológica, intervenções psicoterapêuticas, psicoeducação (individual e familiar) e estratégias de reabilitação psicossocial constitui o eixo central de uma prática de enfermagem promotora de recuperação sustentada, prevenção de recaídas e reintegração social.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

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

REFERÊNCIAS

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **Diagnostic and statistical manual of mental disorders: fifth edition, text revision (DSM-5-TR)**. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1176/appi.books.9780890425787>
- BARDIN, L. **Análise de conteúdo**. 5. ed. Lisboa: Edições 70, 2020.
- BREWER, T. L.; COLLINS, M. A. A review of clinical manifestations in adolescent and young adults after use of synthetic cannabinoids. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*, v. 19, n. 2, p. 119–126, 2014.
- CHEE, G. L.; WYNADEN, D.; HESLOP, K. The provision of physical health care by nurses to young people with first episode psychosis: a cross-sectional study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, v. 25, n. 7, p. 411–422, 2018.
- COATES, D. *et al.* The psychiatric, psychosocial and physical health profile of young people with early psychosis: data from an early psychosis intervention service. *Child & Youth Services*, v. 40, n. 1, p. 93–115, 2019.
- DING, J. B.; HU, K. Cigarette smoking and schizophrenia: etiology, clinical, pharmacological, and treatment implications. *Schizophrenia Research and Treatment*, v. 2021, 2021.
- DORÉ-GAUTHIER, V. *et al.* Specialized assertive community treatment intervention for homeless youth with first episode psychosis and substance use disorder: a 2-year follow-up study. *Early Intervention in Psychiatry*, v. 14, n. 2, p. 203–210, 2020.
- GONÇALVES-PINHO, M.; BRAGANÇA, M.; FREITAS, A. Psychotic disorders hospitalizations associated with cannabis abuse or dependence: a nationwide big data analysis. *International*

Journal of Methods in Psychiatric Research, v. 29, n. 1, e1813, 2020.

HARTLEY, S. *et al.* Effective nurse–patient relationships in mental health care: a systematic review of interventions to improve the therapeutic alliance. *International Journal of Nursing Studies*, v. 102, 2020.

HERMAN, Y.; NOROUZIAN, N.; MACKENZIE, L. E. An integrated substance use treatment model for young adults with first-episode psychosis: a naturalistic pilot evaluation. *Early Intervention in Psychiatry*, v. 17, n. 3, p. 311–318, 2023.

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES – **ICN. International Classification for Nursing Practice (ICNP®)** – Portuguese translation. [S.l.]: International Council of Nurses, 2023. Disponível em: https://www.icn.ch/sites/default/files/inline-files/ICNP_Portuguese_translation.pdf. Acesso em: 22 fev. 2026.

MATHESON, S. L.; LAURIE, M.; LAURENS, K. R. Substance use and psychotic-like experiences in young people: a systematic review and meta-analysis. *Psychological Medicine*, v. 53, p. 305–319, 2023.

MENNIS, J.; STAHER, G. J.; MASON, M. J. Risky substance use environments and addiction: a new frontier for environmental justice research. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, v. 13, n. 6, 2016.

MINUCHIN, S. **Families and family therapy**. 2. ed. New York: Taylor & Francis, 2012.

NATIONAL INSTITUTE OF MENTAL HEALTH. Substance use and co-occurring mental disorders. Bethesda: NIMH, 2023. Disponível em: <https://www.nimh.nih.gov/health/topics/substance-use-and-mental-health>. Acesso em: 22 mar. 2024.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Adolescent health**. Genebra: OMS, 2019.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing**. Genebra: OMS, 2020.

PAGE, M. J. *et al.* The PRISMA2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews. *BMJ*, v. 372, 2021.

PORTUGAL. Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de setembro. Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE). *Diário da República*, Lisboa, 4 set. 1996. Alterado pelo Decreto-Lei n.º 104/98, de 21 de abril. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/REPE.pdf>. Acesso em: 22 fev. 2026.

PORTUGAL. Lei n.º 35/2023, de 21 de julho. Lei da Saúde Mental. *Diário da República*, n.º 141/2023, Série I, 21 jul. 2023. Disponível em: <https://diariodarepublica.pt/dr/detalhe/lei/35-2023-215980339>. Acesso em: 23 fev. 2026.

SICAD – Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Relatório Nacional 2023 – A Situação do País em Matéria de Drogas e Toxicodependências.

Lisboa: SICAD, 2024. Disponível em: https://www.sicad.pt/ficheiros/relatorio/2023_Relatorio_Nacional_Drogas.pdf. Acesso em: 22 mar. 2025.

TINDALL, R.; FRANCEY, S.; HAMILTON, B. Factors influencing engagement with case managers: perspectives of young people with a diagnosis of first episode psychosis. *International Journal of Mental Health Nursing*, v. 24, n. 4, p. 295–303, 2015.

TOWNSEND, M. C.; MORGAN, K. I. **Enfermagem psiquiátrica: conceitos de cuidados na prática baseada em evidências**. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2021.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, v. 52, n. 5, p. 546–553, 2005.

A ATIVIDADE FÍSICA COMO PILAR ESSENCIAL NA PROMOÇÃO DA SAÚDE INTEGRAL

Cristina Maria Alves Marques-Vieira¹;

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

<https://orcid.org/0000-0002-4409-7911>

Joana Catarina dos Santos Matos Pinheiro²;

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

<https://orcid.org/0009-0008-5629-7540>

RESUMO: A promoção da Atividade Física constitui atualmente uma prioridade em saúde pública, face aos elevados níveis de sedentarismo observados a nível global e, particularmente, em Portugal. A Enfermagem, enquanto disciplina orientada pelo paradigma da transformação e pelo cuidado centrado na pessoa, assume um papel estratégico na promoção de comportamentos ativos ao longo do ciclo de vida. A Atividade Física, entendida como qualquer movimento corporal que implique gasto energético superior ao repouso, distingue-se do exercício físico e do desporto, assumindo uma dimensão transversal aos contextos quotidianos, laborais, comunitários e clínicos. Neste enquadramento, a Literacia Física emerge como um constructo multidimensional que integra motivação, confiança, competência motora, conhecimento e compreensão, permitindo às pessoas valorizar e assumir responsabilidade pela prática regular de Atividade Física ao longo da vida. A evidência científica demonstra uma associação consistente entre níveis elevados de literacia física e maior adesão, manutenção e intensidade da prática de Atividade Física, reforçando o seu contributo para a saúde integral, funcionalidade e qualidade de vida. Este artigo tem como objetivo refletir sobre a relevância da Atividade Física e da Literacia Física no âmbito da Enfermagem, enquadrando o projeto de investigação Care4PhysicalActivity como uma iniciativa estruturante para a produção de conhecimento, desenvolvimento de intervenções e operacionalização de políticas públicas orientadas para a promoção da saúde. O projeto integra diferentes linhas de investigação, contextos e parcerias nacionais e internacionais, contribuindo para a redução do sedentarismo, para a capacitação das pessoas e para a sustentabilidade dos sistemas de saúde, em alinhamento com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Literacia física. Atividade física.

ABSTRACT: The promotion of physical activity is currently a public health priority, given the high levels of physical inactivity observed globally and particularly in Portugal. Nursing, as a discipline guided by the paradigm of transformation and person-centred care, plays a strategic role in promoting active behaviours throughout the life cycle. Physical activity, understood as any bodily movement that involves greater energy expenditure than rest, differs from physical exercise and sport, taking on a cross-cutting dimension in everyday, work, community and clinical contexts. Scientific evidence demonstrates a consistent relationship between high levels of physical literacy and greater adherence, maintenance, and intensity of physical activity, reinforcing its contribution to overall health, functionality, and quality of life. This article aims to reflect on the relevance of physical activity and physical literacy in the field of nursing, framing the Care4PhysicalActivity research project as a structuring initiative for the production of knowledge, development of interventions and operationalisation of public policies aimed at health promotion. The project integrates different lines of research, contexts, and national and international partnerships, contributing to the reduction of sedentary lifestyles, the empowerment of people, and the sustainability of health systems, in line with the Sustainable Development Goals.

KEY-WORDS: Nursing. Physical literacy. Physical activity.

INTRODUÇÃO

A Enfermagem é uma disciplina que evoluiu nos paradigmas. Atualmente situa-se no paradigma da transformação, tendo antes emergido o paradigma integrativo, de onde várias teorias centradas na pessoa surgiram, como um todo integrado. Este paradigma começa a perspetivar os fenómenos como multidimensionais e os acontecimentos como contextuais, onde são valorizados os dados objetivos, bem como, os subjetivos. Este paradigma influenciou a orientação da enfermagem para a pessoa (SILVA, 2002), numa unidade do corpo, mente e alma. A promoção da Atividade Física insere-se nesta lógica, já que esta pode ter repercussões positivas multidimensionais.

Entende-se por Atividade Física, qualquer movimento corporal produzido pelos músculos esqueléticos que resulta num gasto de energia superior ao nível de repouso (OMS, 2020), onde temos como exemplo, tarefas domésticas, subir e descer escadas, caminhar, entre outras. Importa distinguir do conceito de Exercício Físico, como caracterizada por ser planeado, estruturado, repetitivo e realizado com o objetivo explícito de melhorar ou manter um ou mais componentes da aptidão física (ACSM, 2021). Também o Desporto, é um conceito distinto, e entende-se como a forma organizada de atividade física, com regras específicas, objetivos de desempenho e frequentemente com uma dimensão competitiva e social. Segundo o Council of Europe, são todas as formas de atividade física que visam a

expressão ou a melhoria da condição física e mental, o desenvolvimento de relações sociais ou a obtenção de resultados em competição a todos os níveis (COUNCIL OF EUROPE, 2021), onde é exemplo as várias modalidades desportivas, como o futsal, ténis, basquete, entre outros.

Hoje sabemos que Portugal é o país europeu onde se verificam níveis mais baixos de atividade física, mas também é o País com níveis mais altos de sedentarismo (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2024b), ou seja, onde o excesso de tempo passado em comportamentos de baixo gasto energético, geralmente em posição sentada ou reclinada.

Neste sentido foi desenvolvido em Portugal, através da Direção-Geral da Saúde, um projeto intitulado de “Estratégia Nacional de Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-estar” que definiu a atividade física como um dos programas de saúde prioritário (DGS, 2016). Há assim a necessidade de desenvolvimento dos profissionais de saúde que atuam nesta área específica, quer na dimensão científica, técnica e relacional.

A Literacia Física é fundamental para o bem-estar e qualidade de vida da pessoa/família/comunidade. A International Physical Literacy Association (IPLA) definiu o conceito de Literacia Física como “a motivação, confiança, competência física, conhecimento e compreensão para valorizar e assumir a responsabilidade pelo envolvimento em Atividade Física para toda a vida” (IPLA, 2017).

A literacia física é atualmente reconhecida como um constructo multidimensional que integra competência motora, motivação, confiança, conhecimento e compreensão, permitindo ao indivíduo valorizar e assumir responsabilidade pela prática de AF ao longo da vida. Esta perspetiva holística ultrapassa abordagens exclusivamente biomédicas, alinhando-se com o paradigma de transformação da enfermagem e com o cuidado centrado na pessoa. A evidência científica demonstra que níveis mais elevados de literacia física estão associados a maior adesão, intensidade e manutenção da Atividade Física em diferentes contextos ao longo da vida, reforçando a sua dimensão enquanto determinante comportamental relevante em saúde pública (YING *et al.*, 2023).

E justamente porque as nossas sociedades muitas das vezes promovem este fenómeno, a Organização Mundial de Saúde redefiniu as indicações de Atividade Física, onde para um adulto, mesmo com doença crónica associada, é a realização de 150 a 300 minutos de AF moderada ou de 75 a 150 minutos de Atividade Física, vigorosa por semana. Uma pessoa pode cumprir estas recomendações e ainda assim ser sedentária, se passar grande parte do dia sentada (MARTINEZ-GOMEZ *et al.*, 2024; WHO, 2020). A promoção da Atividade Física na pessoa maximiza as suas capacidades garantindo a participação social e o pleno exercício da cidadania objetivando a qualidade de vida (NIKITARA, *et al.*, 2021; WHO, 2024a).

A integração da Literacia Física na prática clínica implica intervenções ajustadas às características individuais, ao contexto sociocultural e às condições de saúde da pessoa, promovendo a inclusão e a equidade no acesso à Atividade Física. Esta abordagem

encontra-se alinhada com o desenvolvimento de modelos europeus de literacia física, que defendem a articulação entre os sectores da saúde, educação e desporto como estratégia fundamental para a promoção da atividade física ao longo do ciclo de vida. A promoção da motivação, da confiança e da perceção de competência motora constitui um elemento central das intervenções de enfermagem, potenciando a autorregulação e a continuidade da prática de Atividade Física integrada no cuidado de enfermagem (CAROLO, ONOFRE; MARTINS, 2023; YING *et al.*, 2023).

Neste contexto, a Enfermagem, enquanto disciplina com forte presença nos cuidados de saúde primários, hospitalares e comunitários, assume uma intervenção estratégica na operacionalização das políticas públicas orientadas para a promoção da Atividade Física. A incorporação sistemática da literacia física em programas nacionais de saúde, em contextos educativos, laborais e comunitários, permite reforçar a coerência entre os sectores da saúde, educação e desporto, conforme preconizado por referenciais europeus (CAROLO, ONOFRE; MARTINS, 2023; MENDOZA-MUÑOZ *et al.*, 2022).

Hoje há o cuidado de haver ambientes promotores de Atividade Física, onde temos as “Cidades 15 minutos”, “Transporte ativo”, “Pausas ativas”, entre outros. Estes conceitos estão fortemente associados à redução do risco de obesidade, melhoria da capacidade cardiovascular, e aumento de qualidade de vida. As cidades 15 minutos são cidades que promovem infraestruturas a 15 minutos de distância, seguras para transporte ativo, como ciclovias e passeios adequados, tendem a apresentar menores índices de sedentarismo e melhores indicadores de saúde pública (WHO, 2020). Engloba o deslocamento ativo de um local para outro, como caminhar, pedalar ou usar meios não motorizados para chegar ao trabalho ou à escola (WHO, 2020). A promoção de pausas ativas que cada vez são mais uma realidade nos contextos laborais. Permite interromper o comportamento sedentário ao longo do dia de trabalho, é uma das medidas mais simples e eficazes para promover a saúde musculoesquelética. Permanecer sentado por longos períodos provoca compressão discal, diminui a circulação linfática e venosa, e desativa os grupos musculares posturais, o que potencia a rigidez articular e a dor (WIPFLI *et al.*, 2024). As pausas ativas no local de trabalho são determinantes para a promoção da saúde numa lógica integral dos trabalhadores. A adoção destas iniciativas por parte das entidades empregadoras reflete a necessidade de melhorar a qualidade de vida bem-estar no ambiente profissional, onde o stress e o sedentarismo têm sido identificados como fatores de risco para diversas condições de saúde, como as lesões musculoesqueléticas relacionadas com o trabalho (GERODIMOS *et al.*, 2022; PARK; JANG, 2019; SILVA *et al.*, 2022).

O Enfermeiro que posiciona o seu cuidado centrado na pessoa, tem acompanhado estas novas exigências em saúde, através da atenção que dispensa à singularidade de cada pessoa, inserida numa família e/ou comunidade. Numa equipa interdisciplinar, é o Enfermeiro que pode ser determinante no contributo para a saúde individual, coletiva dos praticantes de atividade física, de exercício físico e/ou de desporto (ANTUNES; MARQUES-VIEIRA, 2017).

METODOLOGIA

É neste contexto que nasce o projeto de investigação, denominado de “Atividade Física: gestão dos cuidados de enfermagem”, ou mais frequentemente recorrendo ao acrónimo: “Care4PhysicalActivy”. Deste modo, este projeto de investigação posiciona-se no desenvolvimento de conhecimento em enfermagem, ao integrar a Literacia Física como eixo estruturante da intervenção, contribuindo para a redução do sedentarismo, para a melhoria da funcionalidade e para o reforço da autonomia das pessoas, em consonância com os Objetivos de Desenvolvimento Sustentável, em particular os ODS 3 e 4, referentes à Saúde e ao Ensino de Qualidade, respetivamente. O presente projeto associado ao fenómeno de Atividade Física, com uma janela temporal de 36 meses, com início a 01/10/2024 e final previsto para 30/09/2027. Este grupo de investigação está associado ao Centro de Investigação, Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), da Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Lisboa. Temos parcerias com várias entidades e por isso temos uma equipa vasta, onde se temos investigadores dos três ciclos (Licenciatura, Mestrado e Doutoramento) e alumni; de várias especialidades de Enfermagem (Reabilitação, Saúde Infantil e Pediátrica, Médico-cirúrgico, Saúde Materna e Obstétrica, Saúde Mental e Psiquiátrica, entre outros); outras disciplinas (Fisioterapia e Exercício Físico); entidades nacionais e internacionais, nomeadamente com a Universidade Federal de Santa Catarina, do Brasil; ponte com outros centros de investigação e com contextos da prática clínica.

Este projeto é constituído por onze *work packages*, cada um com atividades e métodos específicos, nomeadamente:

- Foi opção começar com múltiplas Revisões de literatura em várias áreas que o corpo docente irá lecionar na Pós-Graduação, dos quais destacamos as intervenções de enfermagem às praticantes de atividade física com lesões musculoesqueléticas; intervenções de enfermagem na pessoa com fraqueza muscular; também as intervenções de enfermagem no âmbito da electroestimulação; ou as Identificar as intervenções de enfermagem promotoras de literacia física;
- Avaliação do impacto que o medo de cair tem na Atividade Física da pessoa após lesão musculoesquelética;
- Validar a escala de *Rapid Entire Body Assessment*, frequentemente denominado mais frequentemente de REBA, que é associada à postura em contexto laboral, no sentido de identificar e prevenir as lesões musculoesqueléticas neste contexto;
- Medir e divulgar os resultados do programa de Atividade Física “Academia da mobilidade saudável” programa este implementado por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação;
- Criar e Implementar o projeto de Literacia Física, onde mobilizaremos questões associadas à ergonomia em contexto laboral e Atividade Física adequada às

particularidades da pessoa ao longo do ciclo de vida.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O Care4PhysicalActivity permitirá, como referido anteriormente, criar conhecimento em Enfermagem no âmbito da Literacia Física, mas também, divulgar esse mesmo conhecimento.

Os resultados a obter projetados, foram na sua maioria atingidos, quando estamos a pouco mais de metade do tempo previsto. Foram vários os eventos científicos onde o projeto foi apresentado, bem como, os próprios *work packages*. A organização de um evento científico, onde os vários parceiros/estudos tivessem voz (1ª Conferência Internacional de Enfermagem do Desporto, do Exercício Físico e Atividade Física)¹. Este evento foi um sucesso, e ficou a vontade de dar continuidade. A divulgação científica também se fez através da escrita, não só através de capítulos em livros, bem como, artigos científicos (PINHEIRO *et al.*, 2026), entre outros.

O planeamento de formação, com população alvo diferente, tem acontecido no decorrer do projeto, como é exemplo, no Curso de Licenciatura em Enfermagem, no âmbito do último ensino clínico, em horas alocadas a seminário, oferecer aos estudantes num total de 12h, uma sensibilização ao tema, intitulado de “Literacia Física como estratégia avançada em Enfermagem”. Este Seminário terminou com uma avaliação dos conhecimentos mobilizados nas sessões, num formato de gincana no estádio Universitário, junto à nossa Instituição². Também a oferta de microcredenciais neste âmbito, onde enfermeiros podem-se candidatar, pretendeu dar resposta a esta necessidade³. Na continuidade da capacitação dos enfermeiros neste âmbito, foi criada uma Pós-Graduação em Prescrição de Atividade Física⁴, para preparar os enfermeiros, neste campo específico. Esta Pós-Graduação visa dar resposta a uma competência cada vez mais requerida ao enfermeiro de cuidados gerais, que é a prescrição de atividade física, exercício físico e desporto, independentemente do contexto da nossa prática clínica. Esta intervenção de enfermagem deve ser adequada à singularidade de cada pessoa, ao longo do seu ciclo de vida, inserida numa família e comunidade.

CONCLUSÃO

É nossa intenção continuar a celebrar a promoção da Atividade Física, pois ainda há muito trabalho a ser feito em termos de Literacia Física ao longo do ciclo de vida, bem como em pessoas que vivenciam situações específicas de saúde/doença. A Escola Superior de

1 1ª Conferência Internacional de Enfermagem do Desporto, do Exercício Físico e da Atividade Física | ESEUL – Escola Superior de Enfermagem da Universidade de Lisboa

2 Literacia física | ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

3 Curso de curta duração em Literacia Física | ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa e Curso breve de Terapia Manual | ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

4 Apresentação | ESEL - Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Enfermagem da Universidade de Lisboa tem acompanhado estes desafios, ao estimular que os seus estudantes sejam verdadeiros embaixadores para a promoção de estratégias de apoio às políticas de Educação, de Desporto e de Saúde, com impacto na redução do sedentarismo, através da prática da Atividade Física.

A adoção de modelos de intervenção baseados na literacia física contribui ainda para a redução das desigualdades em saúde, ao promover abordagens inclusivas, adaptadas às capacidades funcionais, contextos socioculturais e trajetórias de vida das pessoas. Assim, o investimento em projetos como o Care4PhysicalActivity reforça a sustentabilidade dos sistemas de saúde, ao privilegiar estratégias preventivas, capacitadoras e alinhadas com as prioridades da saúde pública contemporânea. A nossa experiência/expectativas, está assim construída numa lógica de responsabilidade social.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

As autoras deste capítulo declaram que não possuem conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, política, académica e/ou pessoal.

REFERÊNCIAS

AMERICAN COLLEGE OF SPORTS MEDICINE. **ACSM's guidelines for exercise testing and prescription**. 11. ed. Philadelphia: Wolters Kluwer, 2021.

ANTUNES, Nuno; MARQUES-VIEIRA, Cristina. Enfermagem no desporto. In: MARQUES-VIEIRA, Cristina; SOUSA, Luís (org.). **Cuidados de enfermagem de reabilitação à pessoa ao longo da vida**. Loures: Lusodidacta, 2017. p. 331-340.

CAROLO, Diogo; ONOFRE, Marcos; MARTINS, João. Origens e definição do constructo de literacia física. Retos, n. 48, 2023. DOI: 10.47197/retos.v48.97380.

COUNCIL OF EUROPE. **European Sports Charter**. Strasbourg: Council of Europe, 2021.

DIREÇÃO-GERAL DA SAÚDE. **Estratégia Nacional para a Promoção da Atividade Física, da Saúde e do Bem-Estar**. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2016.

GERODIMOS, Vasilios; KARATRANTOU, Katerina; PAPAZETI, Kalliopi; BATATOLIS, Charalampos; KROMMIDAS, Christos. **Workplace exercise program in a hospital environment**: an effective strategy for the promotion of employees' physical and mental health. International Archives of Occupational and Environmental Health, v. 95, n. 7, p. 1491-1500, 2022. DOI: 10.1007/s00420-022-01856-6.

INTERNATIONAL PHYSICAL LITERACY ASSOCIATION. **IPLA definition**. Wigan: International Physical Literacy Association, 2017.

MARTINEZ-GOMEZ, David; VANDEN BOSSCHE, Jonas; DE BOURDEAUDHUIJ, Ilse; VAN DYCK, Delfien. **Device-measured sedentary time and health outcomes in adults**:

a systematic review and meta-analysis. *Journal of Physical Activity and Health*, v. 21, n. 2, p. 125-138, 2024. DOI: 10.1123/jpah.2023-0254.

MENDOZA-MUÑOZ, María; CARLOS-VIVAS, Javier; VILLAFAINA, Santos; PARRACA, José A.; VEGA-MUÑOZ, Alejandro; CONTRERAS-BARRAZA, Nicolás; RAIMUNDO, António. **Effects of a physical literacy breaks (PLBreaks) program on physical literacy and body composition in Portuguese schoolchildren: a study protocol.** *Biology*, v. 11, n. 6, 2022. DOI: 10.3390/biology11060910.

NIKITARA, Katerina; ODANI, Satoru; DEMENAGAS, Nikolaos; RACHIoTIS, George; SYMVOULAKIS, Emmanouil; VARDAVAS, Constantine. **Prevalence and correlates of physical inactivity in adults across 28 European countries.** *European Journal of Public Health*, 2021. DOI: 10.1093/eurpub/ckab067.

PARK, Sanghee; JANG, Myung. **Associations between workplace exercise interventions and job stress reduction: a systematic review.** *Workplace Health & Safety*, v. 67, n. 12, p. 592-600, 2019. DOI: 10.1177/2165079919864979.

PINHEIRO, Joana; COSTA, Ana; PEDROSA, Pedro; MARQUES-VIEIRA, Cristina. **Nursing Interventions for People with Musculoskeletal Injuries During Physical Activity: A Scoping Review.** *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*, 101258, 2026. DOI: 10.1016/j.ijotn.2026.101258.

SILVA, Dulce Maria Diniz da. **Correntes de pensamento em ciências de enfermagem.** Lisboa: Millenium, 2002.

WIPFLI, Bruce; ROSS, Sarah M.; KIM, Kyoung. **Effectiveness and durability of a workplace sedentary behavior intervention based on the Total Worker Health® approach.** *Behavioral Sciences*, v. 14, n. 11, 2024. DOI: 10.3390/bs14111051.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO guidelines on physical activity and sedentary behaviour.** Geneva: World Health Organization, 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global levels of physical inactivity in adults: off track for 2030.** Geneva: World Health Organization, 2024a.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health-enhancing physical activity in the**

PAPEL DOS CUIDADOS DE SAÚDE PRIMÁRIOS NA SAÚDE ESCOLAR EM EMERGÊNCIAS E DESASTRES: REVISÃO NARRATIVA

Maria do Céu Coelho Monteiro Pires¹;

ESS CVP Lisboa, Portugal, CROSS I&D – Lisbon Research Center, Lisboa.

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

Eva Patrícia Guilherme Menino²;

ESSLei – IPL, Portugal; ciTechCare, Leiria, Portugal.

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

Inês Pires Morgado³;

USF A Ribeirinha, Guarda, Portugal

<https://orcid.org/0009-0003-2299-9513>

Dora Maria Honorato Carteiro⁴;

ESS CVP Lisboa, Portugal, CROSS I&D – Lisbon Research Center, Lisboa.

<https://orcid.org/0000-0003-0868-0533>

António José Lopes de Almeida⁵;

ESSATLA, Barcarena, Lisboa, Portugal; Centro de Investigação Interdisciplinar em Saúde (CIIS), Universidade Católica Portuguesa, Lisboa, Portugal; Unidade de Investigação em Ciências da Saúde, Coimbra, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0001-5667-749X>

Joana Rita Guarda da Venda Rodrigues⁶.

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

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

RESUMO: As emergências e os desastres em saúde pública têm aumentado em frequência, complexidade e impacto, afetando de forma significativa os sistemas de saúde e as comunidades. Este estudo destina-se a sintetizar e analisar o papel dos Cuidados de Saúde Primários (CSP), operacionalizado pelas Equipas de Saúde Escolar (ESS) na preparação e resposta a emergências e desastres. Foi realizada uma revisão narrativa da literatura nas bases de dados *MEDLINE* e *CINAHL*, incluindo estudos publicados entre 2010 e 2025, nos idiomas português, inglês e espanhol. Após o processo de seleção foram

incluídos 12 estudos para análise. Dentro dos resultados evidencia-se o papel dos CSP na continuidade de cuidados, no apoio à resposta imediata e mitigação de riscos, na promoção da literacia em saúde e na preparação estrutural para emergências e desastres, sustentados por articulação intersectorial e aspetos organizacionais. Destacam-se o acompanhamento de crianças com necessidades de saúde especiais, a vigilância epidemiológica, o suporte em saúde mental e a necessidade de planeamento prévio, protocolos claros e formação específica dos profissionais. Conclui-se que a atuação dos CSP integra dimensões clínicas, psicossociais e organizacionais para a preparação e resposta a emergências e desastres em contexto escolar. Estes resultados podem ajudar o planeamento futuro dos cuidados de enfermagem em Saúde Escolar (SE).

PALAVRAS-CHAVE: Cuidados de Saúde Primários. Saúde Escolar. Preparação para Desastres.

ROLE OF PRIMARY HEALTH CARE IN SCHOOL HEALTH DURING EMERGENCIES AND DISASTERS: A NARRATIVE REVIEW

ABSTRACT: Public health emergencies and disasters have increased in frequency, complexity, and impact, significantly affecting health systems and communities. This study aims to synthesize and analyze the role of Primary Health Care, operationalized by School Health Teams, in preparing for and responding to emergencies and disasters. A narrative review of the literature was conducted in the MEDLINE and CINAHL databases, including studies published between 2010 and 2025 in Portuguese, English, and Spanish. After the selection process, 12 studies were included for analysis. The results highlight the role of School Health Teams in continuity of care, support for immediate response and risk mitigation, promotion of health literacy, and structural preparedness for emergencies and disasters, supported by intersectoral coordination and organizational aspects. Of note are the monitoring of children with special health needs, epidemiological surveillance, mental health support, and the need for advance planning, clear protocols, and specific training for professionals. It is concluded that the work of School Health Teams integrates clinical, psychosocial, and organizational dimensions for preparedness and response to emergencies and disasters in the school context. These results may assist in the future planning of nursing care in School Health.

KEY-WORDS: Primary Health Care. School Health. Disaster Preparedness.

INTRODUÇÃO

As emergências e os desastres aumentaram em frequência, severidade e imprevisibilidade nas últimas décadas, impulsionados por alterações climáticas, urbanização acelerada, degradação ambiental e fragilidade das infraestruturas críticas, constituindo um

risco crescente para a saúde pública (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2023; THE INTERGOVERNMENTAL PANEL ON CLIMATE CHANGE [IPCC], 2021; HEANOY *et al.*, 2024). Estes eventos provocam perturbações no funcionamento das comunidades, com impactos humanos, sociais, económicos e ambientais que frequentemente excedem a capacidade de resposta.

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define emergência como qualquer evento ou ameaça iminente que exija ação imediata para proteger a saúde e a segurança da população, incluindo surtos epidémicos, eventos tecnológicos, conflitos e desastres, e que requer uma resposta coordenada, urgente e não rotineira (WHO, 2018; WHO, 2020; GLOBAL ALLIANCE FOR DISASTER RISK REDUCTION AND RESILIENCE IN THE EDUCATION SECTOR [GADRRRES], 2022). O desastre é uma forma mais grave de emergência, caracterizada por perturbação significativa da comunidade e por perdas que ultrapassam a capacidade local de resposta (WHO, 2020). A complexidade destas situações exige estratégias que combinem resposta imediata e fortalecimento da resiliência dos sistemas de saúde (WHO, 2019; WHO, 2021a; WHO, 2024).

Os CSP aportam um papel central na preparação, resposta e recuperação em situações de emergência e desastre, constituindo a base de sistemas de saúde resilientes pela sua proximidade às comunidades e populações vulneráveis (WHO, 2018; DEWI *et al.*, 2024). As ameaças afetam de forma desproporcionada as crianças, com impactos emocionais, sociais e mentais, sendo as escolas contextos estratégicos para a preparação e fortalecimento da resiliência em crises (WHO, 2019; SPENCER; THOMPSON, 2024; GADRRRES, 2022; UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND [UNICEF], 2021).

O presente estudo teve como objetivo sintetizar e analisar o papel dos CSP, operacionalizado pelas ESE, na preparação e resposta a desastres e emergências em contexto escolar.

REFERENCIAL TEÓRICO

Em 2023, a OMS respondeu a 72 emergências de saúde, 19 de gravidade máxima, afetando milhões de pessoas. O relatório de 2024 destaca o seu papel na coordenação, logística e proteção comunitária, defendendo estratégias que articulem resposta imediata e reforço da resiliência dos sistemas de saúde (WHO, 2024). A crescente frequência destes eventos exige preparação proativa e multissetorial para múltiplos riscos (WHO, 2019; WHO, 2021a; WHO, 2023). Situações recentes com impacto nos serviços essenciais expuseram fragilidades na continuidade de funções críticas e na articulação intersetorial, com efeitos nos contextos comunitários e educativos, como o apagão em Portugal em abril de 2025, classificado como incidente ICS-3 Blackout, que evidenciou a necessidade de abordagens integradas baseadas na resiliência e governação multissetorial (ENTIDADE REGULADORA DOS SERVIÇOS ENERGÉTICOS [ERSE], 2025).

A Organização das Nações Unidas (ONU) promove, desde a década de 1990, estratégias internacionais para a redução do risco de desastres. O Marco de Ação de Hyogo (2005–2015) e o Marco de Sendai para a Redução do Risco de Desastres (2015–2030) estruturam a abordagem global, enfatizando resiliência, governação multissetorial e preparação comunitária (UNITED NATIONS INTERNATIONAL STRATEGY FOR DISASTER REDUCTION [UN/ISDR], 2005; UNITED NATIONS OFFICE FOR DISASTER RISK REDUCTION [UNDRR], 2015). Porém, as recomendações não enfatizaram a escola e o conceito de escola segura, que são componentes essenciais da resposta a emergências e desastres (TAKAHASHI *et al.*, 2015).

Os CSP constituem a base dos sistemas de saúde resilientes, com papel central na prevenção, preparação, resposta e recuperação em crises (WHO, 2018). A preparação envolve o desenvolvimento antecipado de capacidades e recursos, e a resposta integra ações para proteger vidas e assegurar necessidades essenciais (WHO, 2020). A sua organização reforça a mitigação e a capacidade de resposta, sobretudo em contextos de recursos limitados, onde são frequentemente a principal porta de entrada no sistema de saúde (DEWI *et al.*, 2024). Neste nível, os profissionais asseguram vigilância epidemiológica, educação para a saúde, triagem, apoio psicossocial e continuidade assistencial (ŠIMŠEK *et al.*, 2024).

A saúde e a educação estão interligadas, sendo a escola um contexto central na proteção, preparação, resposta e recuperação em situações de crise, dado o tempo que as crianças aí permanecem (MARZBAN *et al.*, 2026). Emergências e desastres afetam-nas de forma mais severa, com impactos emocionais, sociais e mentais prolongados (WHO, 2019; SPENCER; THOMPSON, 2024). As escolas são, assim, reconhecidas como instituições comunitárias estratégicas na gestão de desastres e na promoção da resiliência (GADRRRES, 2022; UNICEF, 2021). Neste contexto, os serviços de SE integram os CSP e são operacionalizados por equipas escolares multidisciplinares, nomeadamente enfermeiros, médicos e psicólogos (WHO, 2021b). Os enfermeiros escolares assumem funções centrais, exigindo formação especializada e atualização contínua (AMERICAN NURSES ASSOCIATION [ANA], 2022).

Em 2024, cerca de 250 milhões de crianças viram a sua escolaridade interrompida, por exemplo, devido a eventos climáticos extremos (UNICEF, 2025; SPENCER; THOMPSON, 2024). Persistem lacunas na integração dos CSP nos sistemas de gestão do risco de emergências e desastres, nomeadamente ao nível da formação, definição de funções e articulação intersectorial com o setor educativo (ŠIMŠEK *et al.*, 2024).

METODOLOGIA

A presente revisão narrativa seguiu os princípios metodológicos propostos por SUKHERA (2022), assegurando a definição do âmbito, a justificação dos critérios de inclusão e exclusão e a transparência do processo analítico. A identificação e seleção dos estudos

foram organizadas de acordo com o fluxograma PRISMA 2020 (PAGE *et al.*, 2020). A opção por este tipo de revisão fundamentou-se na sua adequação a uma análise interpretativa e contextualizada de um tema multidimensional, especialmente sobre o papel dos CSP, no âmbito da SE, na preparação e resposta a emergências e desastres. A pesquisa foi realizada em duas bases de dados eletrônicas, a *CINAHL with Full Text* e a *MEDLINE with Full Text* (via EBSCO). A busca foi realizada em 12 de novembro de 2025. Foram utilizados Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) e *Medical Subject Headings* (MeSH). A estratégia de pesquisa combinou termos relacionados aos CSP e à saúde comunitária, incluindo a SE (“Primary Health Care”, “Community Health Nursing”, “Public Health Nursing”, “School Health Services”), à preparação e gestão do risco de desastres (“Disaster Preparedness”, “Disaster Planning”, “Emergency Preparedness”, “Disaster Risk Reduction”) e ao contexto escolar (“Children”, “School”, “Students”, “Pediatric Population”, “School Nurse”), utilizando o operador booleano *AND*. Foram incluídos estudos que abordassem os CSP na prevenção, preparação, resposta ou recuperação face a emergências e desastres; investigações que descrevessem a atuação de profissionais de saúde em contexto escolar, incluindo atividades de educação, vigilância ou planeamento intersectorial, e artigos publicados entre 2010 e 2025, nos idiomas português, inglês ou espanhol. O recorte temporal dos últimos 15 anos justificou-se pelo aumento da frequência e complexidade dos desastres e emergências neste período, bem como pela intensificação da produção científica sobre preparação, resposta e resiliência dos sistemas de saúde. Excluíram-se estudos centrados em contextos hospitalares ou de cuidados intensivos; publicações sem relação direta com emergências e desastres ou processos de preparação e resposta comunitária e materiais não científicos, incluindo notícias, comentários e editoriais. A organização e triagem dos estudos foram apoiadas pelo *software Rayyan* (QCRI). A seleção foi realizada de forma independente por dois revisores, em duas etapas, com análise de títulos, resumos e, quando necessário, do texto integral, sendo as divergências resolvidas por um terceiro revisor. A extração de dados seguiu o mesmo procedimento, focando características dos estudos e contributos dos CSP na preparação e resposta a emergências e desastres em contexto escolar. Os resultados foram organizados e descritos no Quadro 1.

RESULTADOS

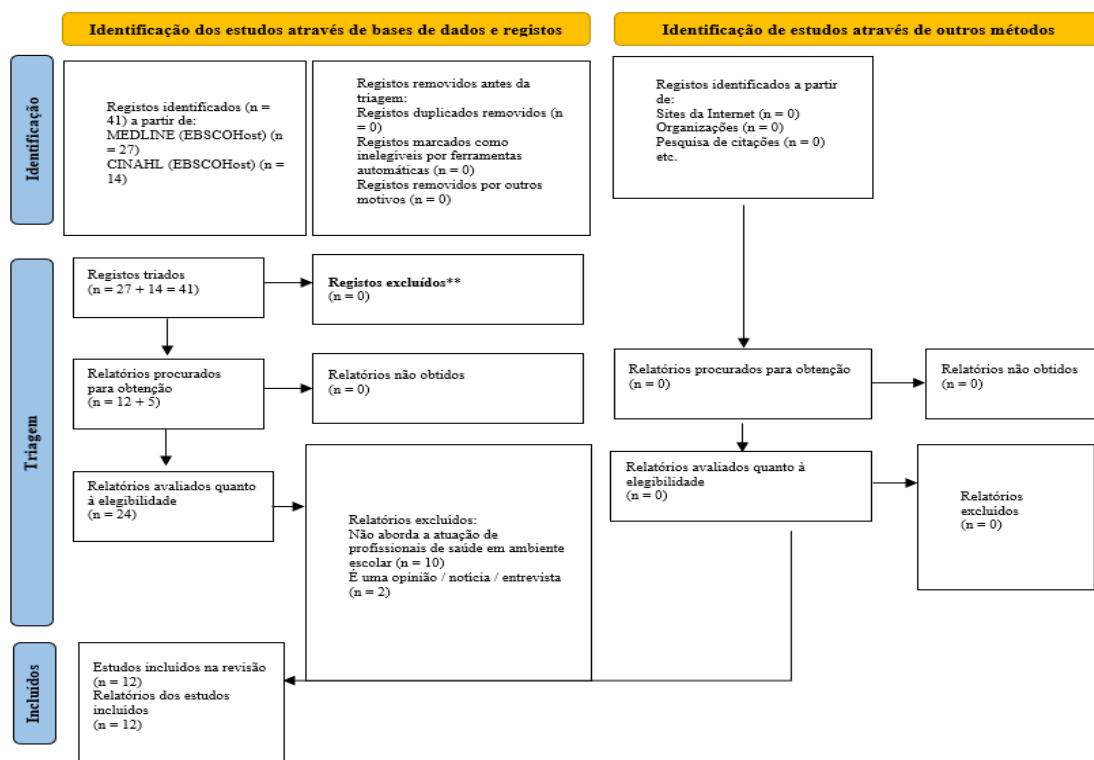
Foram identificados 41 artigos, dos quais 12 cumpriram os critérios de inclusão após a triagem e leitura integral. Não foram detetados estudos duplicados nem incluídos registos adicionais provenientes de outras fontes. As principais razões para exclusão foram a ausência de abordagem da atuação de profissionais de saúde em contexto escolar ($n = 10$) e a natureza não científica ou opinativa dos textos ($n = 2$). O processo de seleção encontra-se descrito no fluxograma PRISMA (Figura 1).

A síntese dos resultados foi realizada de forma narrativa. As características dos 12 estudos incluídos encontram-se sistematizadas no Quadro 1. A análise interpretativa

organizou-se em seis categorias: (1) autores, ano e país ou contexto; (2) tipo de estudo; (3) tipo de desastre ou emergência abordada; (4) população-alvo; (5) contributos dos CSP para a preparação e resposta a desastres em contexto escolar; e (6) aspetos operacionais e organizacionais da atuação dos CSP na saúde escolar.

A síntese dos resultados foi realizada de forma narrativa. As características dos 12 estudos incluídos encontram-se sistematizadas no Quadro 1. A análise interpretativa organizou-se em seis categorias: (1) autores, ano e país ou contexto; (2) tipo de estudo; (3) tipo de desastre ou emergência abordada; (4) população-alvo; (5) contributos dos CSP para a preparação e resposta a desastres em contexto escolar; e (6) aspetos operacionais e organizacionais da atuação dos CSP na saúde escolar.

Figura 1: Fluxograma do processo de identificação, seleção e inclusão dos artigos (PAGE *et al.*, 2021).



Os desenhos metodológicos incluíram estudos quantitativos, qualitativos, de métodos mistos, análises documentais e estudos *Delphi*. As populações-alvo abrangeram profissionais e serviços de SE, incluindo enfermeiros escolares, bem como docentes, gestores educativos, decisores institucionais, famílias, organizações comunitárias e comunidades escolares. Alguns estudos incidiram sobre contextos comunitários e de CSP, permitindo identificar contributos aplicáveis ao contexto escolar. A análise evidenciou que a atuação dos CSP na SE, perante emergências e desastres, se expressa através de intervenções clínicas, psicossociais, educativas e organizacionais. A análise temática identificou quatro dimensões principais: continuidade de cuidados; apoio à resposta imediata

e mitigação de riscos; promoção da literacia em saúde; e preparação para emergências e desastres. A continuidade de cuidados incluiu o suporte a crianças com necessidades de saúde especiais, adaptação de práticas assistenciais, articulação com famílias e garantia de acesso a cuidados essenciais. O apoio à resposta imediata e mitigação de riscos compreendeu triagem, vigilância epidemiológica, rastreio de contactos, implementação de protocolos e colaboração com autoridades de saúde pública. A promoção da literacia em saúde integrou intervenções educativas dirigidas a alunos, famílias e profissionais escolares, comunicação de risco e combate à desinformação. A preparação para emergências e desastres envolveu planeamento prévio, integração das ESE nos planos de emergência, definição de responsabilidades e desenvolvimento de competências específicas.

Transversalmente, identificaram-se aspetos operacionais e organizacionais determinantes, nomeadamente a necessidade de protocolos claros, formação específica, reforço de recursos humanos e materiais e fortalecimento da articulação entre escolas, serviços de saúde, famílias e comunidade. Os estudos salientaram ainda a importância de reduzir desigualdades e assegurar proteção acrescida a crianças em situação de vulnerabilidade.

Quadro 1: Características dos estudos incluídos na revisão narrativa.

Autor(es) e ano de publicação	País e contexto do estudo	Desenho metodológico	Tipo de desastre ou emergência	População-alvo em contexto escolar	Contributos dos CSP em contexto escolar	Aspetos operacionais e organizacionais dos CSP em SE
1. Mitchell, J. M.; Kranz, A. M.; Steiner, E. D. 2023	EUA, serviços de SE	Estudo quantitativo transversal precedido de uma fase qualitativa exploratória	Pandemia de COVID-19 (encerramento/reaabertura de escolas; ensino remoto/presencial)	Profissionais responsáveis pelos serviços de SE em 1.178 escolas públicas básicas da Virgínia	As enfermeiras escolares garantem acesso e continuidade de cuidados, realizam vigilância e identificação precoce de necessidades, reduzem desigualdades em contextos vulneráveis e promovem educação para a saúde junto das famílias.	As ESE enfrentam barreiras na continuidade dos serviços em contextos vulneráveis, exigindo planeamento prévio, reforço de recursos, orientação operacional clara e estratégias presenciais e virtuais ajustadas às especificidades territoriais em situação de crise.

2. Dabrovolskaj, J.; Veugelers, P. J.; Mandour, B. A.; Flynn, J.; Maximova, K. 2023	Canadá, escolas primárias	Estudo Delphi em três rondas; identificação de 60 atividades de promoção da saúde em 87 escolas; validação por dois painéis de peritos (n=43)	Encerramento escolar devido à pandemia COVID-19; aplicável também a desastres naturais (incêndios, calor extremo, inundações)	Crianças do 1.º ciclo do ensino básico (ensino remoto); avaliação por profissionais da educação e da SE	Identificação de práticas eficazes de promoção da saúde durante encerramentos escolares, organizadas em quatro áreas: estilos de vida saudáveis e bem-estar mental, eventos virtuais, apoios tangíveis e ligação escola-família, privilegiando intervenções simples, sustentáveis e integráveis no currículo, com foco na equidade, literacia em saúde, prevenção e continuidade do apoio a alunos vulneráveis.	Evidencia-se a necessidade de planeamento prévio, formação específica e articulação com parceiros comunitários, bem como a implementação de estratégias simples e integráveis no currículo, com prioridade a apoios tangíveis, ligação escola-família e desenvolvimento de planos e kits de preparação para emergências, incluindo ensino remoto.
--	---------------------------	---	---	---	---	---

3. Hoskote, A. R.; Rolin, D.; Rew, L.; Johnson, K. E. 2025	Estados Unidos. Enfermeiros escolares em escolas com alunos do 6.º ao 12.º ano	Estudo descritivo transversal; inquérito nacional online a enfermeiros escolares (análise quantitativa e qualitativa)	Pandemia de COVID-19	Enfermeiros escolares que trabalhavam com alunos do 6.º ao 12.º ano; amostra nacional (n=2.439) representando 50 estados	Reforço das intervenções em saúde mental: triagem, acompanhamento e gestão emocional; Continuidade de cuidados durante o ensino virtual Coordenação com serviços comunitários de saúde mental; Apoio emocional a alunos e famílias afetados pela pandemia; Educação para a saúde sobre ansiedade, depressão e bem-estar	Aumento da carga de trabalho dos enfermeiros escolares; Reforço do papel de liderança dos enfermeiros escolares em contexto de crise; Necessidade de reorganização das práticas assistenciais e administrativas; Reforço da formação, dos recursos e do apoio institucional; Implementação de estratégias de prevenção do burnout e garantia da continuidade de cuidados
4. Ray, K.; Ghimire, J.; Rajendra Kumar BC. 2019	Países de baixo rendimento, com ênfase no Nepal, Sul da Ásia, Sudeste Asiático e África	Revisão narrativa baseada em 62 documentos (artigos, relatórios internacionais, bases de dados)	Desastres naturais e emergências de saúde pública (terramotos, inundações, clima extremo, epidemias, tsunamis, crises humanitárias)	Populações vulneráveis em países de baixo rendimento, incluindo crianças, em contextos com acesso limitado a cuidados de saúde	Primeiro ponto de contacto na resposta a desastres; Vigilância epidemiológica e controlo de surtos; Gestão de doenças em contextos de crise; Promoção de higiene, saneamento e nutrição; Mobilização comunitária e reforço da resiliência; Redução de vulnerabilidades estruturais	Necessidade de integração das ESE em sistemas de CSP preparados para crises; Aplicação de práticas transferíveis para o contexto escolar (vigilância de sintomas, educação em saúde, gestão de riscos ambientais); Reforço da colaboração entre escolas e comunidade, sobretudo em contextos com acesso limitados

5. Williams, M. V.; Chandra, A.; Spears, A.; Varda, D.; Wells, K.; Plough, A.; Eisenman, D. 2018	Los Angeles County, EUA 16 comunidades distintas	Estudo quantitativo de redes sociais (PARTNER)	Preparação para desastres e resiliência nitária (sem ocorrência de desastre real)a	Oorganizações comunitárias, governo local, serviços de saúde pública e escolas; Setor educativo	Reforço de redes intersectoriais; papel dos enfermeiros de saúde pública na facilitação; mapeamento de recursos; comunicação; primeiros socorros psicológicos; aumento da resiliência comunitária.	Relevante para ESE: necessidade de integração escola-saúde pública-comunidade; importância da comunicação de risco; escolas como nós estratégicos; preparação e treino prévios.
6. Hughes, M. L.; White, L.; O'Brien, M. J.; Aubin, J.; Bradford, C. 2025	EUA, Massachusetts escolas	Estudo misto : questionário online com componente qualitativa e quantitativa	Pandemia de COVID - 19 (2.º ano da pandemia; 2020-2021)	73 enfermeiros escolares aem e s c o l a s com alunos do ensino básico, middle e secundário	Ampliação das funções de saúde pública em contexto escolar (vigilância, rastreio, t e s t a g e m , isolamento); Educação em saúde para alunos, famílias e pessoal escolar; Coordenação entre escola e autoridades de saúde; Adaptação dos cuidados a modelos híbridos e remotos; Identificação precoce de necessidades de saúde mental	Integração de enfermeiros escolares nos planos de emergências, garantia de formação contínua em contextos de crise, reforço de recursos e apoio institucional, definição de protocolos operacionais claros e reconhecimento da SE como serviço essenciais em emergências

7. Lowe A.; Ravi P.; Gerald L.B.; Wilson A.M. 2022	EUA, escolas K-12	Análise de conteúdo de 496 notícias/relatos midiáticos sobre enfermeiros escolares e auxiliares de SE	Pandemia COVID-19	Artigos de media que descrevem o papel, atividades e desafios de enfermeiros escolares e auxiliares de SE durante a pandemia	Triagem, testagem e rastreio de contactos; Implementação de protocolos de resposta; Comunicação com famílias; Participação em campanhas de vacinação	Reforço urgente das ESE; Necessidade de recursos adequados e melhores condições de trabalho; Definição de protocolos operacionais claros; Reforço da articulação com saúde pública e CSP
8. Kruger J.; Brener N.; Leeb R.; Wolkin A.; Avchen R.; Dziuban E. 2018	EUA, sistema educativo	estudo transversal repetido e análise de políticas (SHPPS, 2006 – 2016)	Crises escolares, pandemias, emergências de saúde pública, necessidades especiais, serviços de saúde mental pós-desastre	Representantes oficiais dos distritos escolares (não universitário)	Identificação da evolução e de lacunas nos planos distritais de preparação, resposta e recuperação; Necessidade de reforço dos serviços de saúde mental; Necessidade de protocolos de resposta a surtos Importância de planos de reunificação familiar; Reforço do apoio a alunos com necessidades especiais	Integração da SE nos processos de preparação para emergências; Necessidade de formação contínua das equipas; Reforço da articulação com a saúde pública

9. Bromley et al. 2017	Comunidades de Los Angeles; organizações locais e escolas	Estudo qualitativo e misto (entrevistas, focus groups e registros)	Desastres naturais e emergências comunitárias	Comunidades locais, incluindo organizações comunitárias, escolas e famílias vulneráveis	Enfermagem de saúde pública facilitou coordenação comunitária, mapeamento de vulnerabilidades, apoio a grupos vulneráveis, educação e fortalecimento de redes locais.	Importância da articulação escola-saúde pública-comunidade; escolas podem integrar parcerias, atividades de educação para desastre e comunicação em crises.
10. Erkin & Kiyani, 2025	Turquia, Universidade pública em Izmir	Estudo quase-experimental, pré-teste/pós-teste (grupo único)	Desastres naturais e tecnológicos (gestão do risco sísmico e gestão de emergências na Turquia)	62 estudantes de enfermagem do 4.º ano, inscritos na unidade curricular Enfermagem em Desastres	Formação estruturada em desastres melhora literacia, preparação, competências de resposta e percepção de risco Educação como componente essencial da preparação comunitária	Integração de conteúdos de desastres na formação, com treino e competências para apoio a comunidades educativas
11. Rose, S.; Graham, V.; Ullery, M.; Gouge, P. 2025	Estados Unidos, famílias de crianças em idade escolar	Estudo qualitativo (focus groups com pais de crianças em idade escolar)	Pandemia COVID-19	Pais de crianças em idade escolar; percepção pública sobre o papel da enfermagem escolar	Enfermeiros escolares percebidos como fonte fiável de informação; educação em saúde; combate à desinformação; apoio a famílias sem acesso a cuidados; capacidade de orientar preparação para futuras emergências.	Necessidade de integrar enfermeiros no planeamento de emergências; reforçar comunicação escola-famílias; importância de enfermeiros a tempo inteiro; papel ampliado na saúde pública e resposta comunitária.

12. Hoffman, A.; Larson, I. 2018	EUA, CSP pediátricos	Artigo descritivo/narrativo	Emergências médicas, desastres naturais, falhas de energia	Crianças com necessidades de saúde complexas	Os CSP identificam crianças com necessidades de saúde complexas, criam planos de emergência, formulários de informação médica, triagem telefônica e equipas de resposta; articulação com hospitais, famílias e escolas	Reforça necessidade de enfermeiros escolares com acesso a planos de cuidados, formação para emergências, medicamentos/equipamentos disponíveis, uso de formulários de emergência e preparação escola-família-CSP
----------------------------------	----------------------	-----------------------------	--	--	--	--

DISCUSSÃO

Predominam estudos dos Estados Unidos da América ($n = 9$), com menor representação do Canadá, países de baixo rendimento e Turquia ($n = 1$ cada), refletindo maior produção em contextos onde os serviços de SE estão mais estruturados. Nos EUA, os enfermeiros escolares são essenciais e frequentemente os únicos profissionais de saúde nas escolas (AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS [AAP], 2022).

Observa-se concentração de estudos centrados na COVID-19 ($n = 5$), nomeadamente Mitchell *et al.* (2023), Hoskote *et al.* (2022), Hughes *et al.* (2021), Lowe *et al.* (2022) e Rose *et al.* (2022), evidenciando impacto recente, mas com menor representação de outras tipologias. Ainda assim, Dabravolski *et al.* (2023), Ray *et al.* (2019), Williams *et al.* (2018), Kruger *et al.* (2018), Bromley *et al.* (2017), Erkin e Kiyani (2025) e Hoffmann e Larsson (2018) abordam incêndios, inundações, crises ambientais, falhas energéticas, riscos sísmicos e desastres comunitários, sugerindo que os contributos dos CSP são transferíveis para diferentes cenários de emergência e desastre. Apesar da heterogeneidade metodológica, verifica-se convergência nas quatro dimensões: continuidade de cuidados, apoio à resposta imediata e mitigação de riscos, promoção da literacia em saúde e preparação para emergências e desastres, sustentadas por articulação intersectorial e aspetos organizacionais, reforçando os CSP como base de sistemas de saúde resilientes (WHO, 2018; WHO, 2021).

A continuidade de cuidados e a resposta imediata destacam-se como dimensões centrais. Em crise, os CSP asseguraram cuidados essenciais, vigilância e reorganização assistencial, incluindo apoio a crianças com necessidades complexas, sobretudo na COVID-19 (MITCHELL *et al.*, 2023; HOSKOTE *et al.*, 2022; HUGHES *et al.*, 2021; ROSE *et*

al., 2022; HOFFMAN; LARSON, 2020). Estes resultados alinham-se com a centralidade da continuidade de serviços na resiliência (WHO, 2018; WHO, 2021a) e com a relevância da proximidade dos CSP em contextos vulneráveis (DEWI *et al.*, 2024).

O apoio psicossocial surge como componente central dos CSP em contexto escolar. Hoskote *et al.* (2022), Williams *et al.* (2018) e Rose *et al.* (2022) evidenciam aumento das necessidades emocionais em crise, consistente com a maior vulnerabilidade e aumento de ansiedade e perturbações comportamentais descritos na literatura (SPENCER; THOMPSON, 2024). Eventos climáticos extremos, sobretudo com deslocação forçada e ruturas escolares, intensificam estes impactos (HEANOY *et al.*, 2024). A eficácia de intervenções escolares na redução de sintomas de stress pós-traumático reforça a escola como espaço fiável para avaliação e intervenção em saúde mental (LAKSMITA *et al.*, 2025; LAI *et al.*, 2016).

O apoio à resposta imediata e mitigação de riscos foi evidenciado em múltiplas emergências. Na COVID-19, Mitchell *et al.*, (2023), Hoskote *et al.* (2022), Hughes *et al.* (2021), Lowe *et al.* (2022) e Rose *et al.* (2022) descrevem triagem, vigilância, rastreio, implementação de protocolos e articulação com saúde pública.

Outros estudos confirmam estes contributos noutros contextos: Ray *et al.* (2019) na vigilância e controlo de surtos; Williams *et al.* (2018) e Bromley *et al.* (2017) na mobilização comunitária; Kruger *et al.* (2018) na identificação de lacunas nos planos; Erkin e Kiyani (2025) na formação para risco sísmico; e Hoffmann e Larsson (2018) em planos de emergência, triagem e articulação hospitalar.

A promoção da literacia em saúde foi identificada como dimensão central dos CSP em contexto escolar, com intervenções educativas dirigidas a alunos, famílias e profissionais, incluindo comunicação de risco, prevenção e preparação para desastres (DABRAVOLSKI *et al.*, 2023; HUGHES *et al.*, 2025; LOWE *et al.*, 2022; ROSE *et al.*, 2025; ERKIN; KIYAN, 2025). Destaca-se o papel dos enfermeiros escolares como fonte credível de informação e a relevância da formação estruturada na melhoria das competências de preparação.

A preparação para emergências constitui componente estrutural, exigindo planeamento, protocolos, integração das ESE nos planos institucionais e capacitação específica, incluindo planos individualizados para crianças com necessidades de saúde complexas (DABRAVOLSKI *et al.*, 2023; KRUGER *et al.*, 2018; HUGHES *et al.*, 2025; ERKIN; KIYAN, 2025; HOFFMAN; LARSON, 2018). Os estudos identificam constrangimentos organizacionais, como falta de recursos, sobrecarga profissional e fragilidades na articulação entre escolas, saúde e comunidade.

A coordenação intersectorial e redes locais são determinantes da eficácia da resposta, sobretudo em contextos vulneráveis (RAY *et al.*, 2019; BROMLEY *et al.*, 2017). Esta evidência converge com recomendações que defendem a institucionalização da gestão do risco nos CSP e na SE (WHO, 2019; GADRRRES, 2022) e confirma o impacto desproporcional das emergências em crianças vulneráveis (UNICEF, 2025; SPENCER; THOMPSON, 2024).

CONCLUSÃO

Esta revisão narrativa evidencia que os CSP e as ESE desempenham papel estruturante na preparação e resposta a emergências e desastres em contexto escolar, com contributos consistentes na continuidade de cuidados, no apoio à resposta imediata e mitigação de riscos, na promoção da literacia em saúde e na preparação estrutural para situações de crise. Os resultados reforçam a importância da integração formal destes serviços nos planos de gestão do risco escolar, bem como da consolidação de estratégias organizacionais e formativas que promovam resiliência, equidade e proteção das crianças, particularmente em contextos de vulnerabilidade.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

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

REFERÊNCIAS

AMERICAN NURSES ASSOCIATION. **Nursing: scope and standards of practice**. 4. ed. Maryland: American Nurses Association, 2022.

AMERICAN ACADEMY OF PEDIATRICS. **School Health Services TEAMS Partner**. Itasca: American Academy of Pediatrics, 2022. Disponível em: <https://www.aap.org/en/patient-care/school-health/teams-enhancing-school-health-services/teams-recommended-team-members/school-health-services-teams-partner/>

DEWI, S. P. *et al.* **A scoping review of the impact of extreme weather events on health outcomes and health-care utilization in rural and remote populations**. *BMC Health Services Research*, Londres, v. 24, p. 1333, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12913-024-11695-5>.

ENTIDADE REGULADORA DOS SERVIÇOS ENERGÉTICOS; EUROPEAN NETWORK OF TRANSMISSION SYSTEM OPERATORS FOR ELECTRICITY. **Investigação ao apagão ibérico de 28 de abril de 2025**. Lisboa: ERSE, 2025. Disponível em: <https://www.erse.pt/media/0mvf005i/ersexplica-apag%C3%A3o-abril-2025.pdf>. Acesso em: 13 de dezembro de 2025.

GLOBAL ALLIANCE FOR DISASTER RISK REDUCTION AND RESILIENCE IN THE EDUCATION SECTOR. **Comprehensive school safety framework 2022–2030**. Paris: GADRRRES, 2022. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/health-promoting-schools/global-standards-for-health-promoting-schools-who-unesco.pdf>. Acesso em: 11 de dezembro de 2025.

HEANOY, E. Z. *et al.* **Impact of natural disasters on mental health**. *Healthcare*, Basel, v. 12, n. 18, p. 1812, 2024. <https://doi.org/10.3390/healthcare12181812>

INTERGOVERNMENTAL PANEL ON CLIMATE CHANGE. **Climate change 2021: the physical science basis – summary for policymakers**. Geneva: IPCC, 2021. Disponível em: <https://www.ipcc.ch/report/ar6/wg1/>. Acesso em: 15 de dezembro de 2025.

TAKAHASHI, K. *et al.* **School health: an essential strategy in promoting community resilience and preparedness for natural disasters**. *Global Health Action*, v. 8, n. 1, p. 29106, 2015. DOI: <https://doi.org/10.3402/gha.v8.29106>.

LAI, B. S. *et al.* **Schools and disasters: safety and mental health assessment and interventions for children**. *Current Psychiatry Reports*, v. 18, n. 12, p. 109, 2016. DOI: <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0743-9>.

LAKSMITA, O. D. *et al.* **School-based interventions for child and adolescent survivors of natural disasters: a systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials**. *Child and Adolescent Mental Health*, v. 31, n. 1, p. 41–56, 2025. DOI: <https://doi.org/10.1111/camh.70029>.

MARZBAN, A. *et al.* **Role of schools in disaster risk management: a systematic review**. *BMC Emergency Medicine*, Londres, v. 26, p. 23, 2026. DOI: <https://doi.org/10.1186/s12873-025-01453-z>

PAGE, M. J. *et al.* **The PRISMA 2020 statement: an updated guideline for reporting systematic reviews**. *PLoS Medicine*, San Francisco, v. 18, n. 3, e1003583, 2021. DOI: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1003583>.

ŞİMŞEK, P. *et al.* **Scoping review of exploring the roles of primary care providers to increase disaster preparedness of vulnerable populations**. *Progress in Disaster Science*, 23, 100339, 2024. <https://doi.org/10.1016/j.pdisas.2024.100339>

SPENCER, G.; THOMPSON, J. **Children and young people's perspectives on disasters: mental health, agency and vulnerability – a scoping review**. *International Journal of Disaster Risk Reduction*, Amsterdam, v. 108, p. 104495, 2024. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.ijdr.2024.104495>.

SUKHERA, J. **Narrative reviews: flexible, rigorous, and practical**. *Journal of Graduate Medical Education*, Chicago, v. 14, n. 4, p. 414–417, 2022. DOI: <https://doi.org/10.4300/JGME-D-22-00480.1>.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. **Healthy environments for healthy children: global programme framework**. New York: UNICEF, 2021. Disponível em: <https://www.unicef.org/media/91216/file/Healthy-Environments-for-Healthy-Children-Global-Programme-Framework-2021.pdf>. Acesso em: 17 de dezembro de 2025.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND. **Nearly a quarter of a billion children's schooling was disrupted by climate crises in 2024**. New York: UNICEF, 2025. Disponível em: <https://www.unicef.org/eca/press-releases/nearly-quarter-billion-childrens-schooling-was-disrupted-climate-crisis-2024-unicef>. Acesso em: 13 de dezembro de 2025.

UNITED NATIONS INTERNATIONAL STRATEGY FOR DISASTER REDUCTION. **Hyogo framework for action 2005–2015: building the resilience of nations and communities to disasters**. Geneva: UN/ISDR, 2005. Disponível em: https://www.preventionweb.net/files/1037_hyogoframeworkforactionenglish.pdf. Acesso em: 12 de dezembro de 2025.

UNITED NATIONS OFFICE FOR DISASTER RISK REDUCTION. **Sendai framework for disaster risk reduction 2015–2030**. Geneva: UNDRR, 2015. Disponível em: <https://www.undrr.org/publication/sendai-framework-disaster-risk-reduction-2015-2030>. Acesso em: 02 de dezembro de 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Primary health care and health emergencies: brief**. Geneva: WHO, 2018. Disponível em: <https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/emergencies.pdf>. Acesso em: 15 de dezembro de 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health emergency and disaster risk management framework**. Geneva: WHO, 2019. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241516181>. Acesso em: 13 de dezembro de 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Glossary of health emergency and disaster risk management terminology**. Geneva: WHO, 2020. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/336238>. Acesso em: 13 de dezembro de 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Health service continuity planning for public health emergencies: a handbook for health facilities**. Geneva: WHO, 2021a. Disponível em: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/338695>. Acesso em: 13 de dezembro de 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guideline on school health services**. Geneva: WHO, 2021b. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240029392>. Acesso em: 07 de dezembro de 2025.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Climate change and health**. Geneva: WHO, 2023. Disponível em: <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/climate-change-and-health>. Acesso em: 15 de dezembro de 2025

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO's response to health emergencies: annual report 2023**. Geneva: WHO, 2024. Disponível em: <https://www.who.int/publications/i/item/9789240097452>. Acesso em: 13 de dezembro de 2025

PARENTALIDADE POSITIVA E EDUCAÇÃO NÃO VIOLENTA: INTERVENÇÃO COM FAMÍLIAS EM SITUAÇÃO DE VULNEBILIDADE

Joana Rita Guarda da Venda Rodrigues¹;

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

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

Diana Clemente Figueiredo²;

Unidade Local Santa Maria, Lisboa. Portugal.

<https://orcid.org/0009-0005-9249-3221>

Mara Veríssimo Rodrigues³;

Unidade Local de Saúde Santa Maria, Lisboa. Portugal.

<https://orcid.org/0009-0004-8661-7366>

Matilde Marçalo Martinho⁴;

Unidade Local de Saúde São José, Lisboa. Portugal.

<https://orcid.org/0009-0009-0556-2938>

Joana Isabel Cordeiro e Carvalho⁵;

Unidade Local Santa Maria, Lisboa, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0002-4249-7356>

Eva Patrícia Guilherme Menino⁶;

ESSLei – IPL, Portugal; ciTechCare, Leiria, Portugal; CIDNUR, Lisboa. Portugal.

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

Emília Isabel Martins Teixeira da Costa⁷;

Universidad de Huelva, Huelva, Espanha.

<https://orcid.org/0000-0002-4807-5277>

Olga Maria Martins de Sousa Valentim⁸;

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

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

Maria do Céu Coelho Monteiro Pires⁹.

ESS CVP Lisboa, Portugal, CROSS I&D - Lisbon Research Center, Lisboa; CIDNUR, Lisboa. Portugal.

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

RESUMO: A violência contra crianças constitui um grave problema de saúde pública, com consequências significativas no desenvolvimento físico, emocional e social, sendo amplamente reconhecida como prevenível através da promoção da parentalidade positiva e da educação não violenta. Neste contexto, os enfermeiros assumem uma posição preponderante na promoção da saúde familiar, na capacitação dos cuidadores e na prevenção da violência infantil, particularmente junto de famílias em situação de vulnerabilidade social. A presente revisão integrativa da literatura teve como objetivo sintetizar a evidência científica sobre intervenções promotoras da parentalidade positiva e da educação não violenta em famílias em situação de vulnerabilidade social, com enfoque na identificação das intervenções de enfermagem dirigidas à sua promoção. A revisão foi conduzida com base no referencial metodológico de Whittemore e Knafl (2005). A pesquisa foi realizada nas bases de dados *MedLine Complete*, *CINAHL Ultimate*, *Scopus*, *Psychology and Behavioral Science Collection*, *MedicLatina*, *Cochrane Database of Systematic Reviews* e *Web of Science*, bem como no *Google Scholar* e no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal, tendo sido incluídos seis estudos publicados entre 2017 e 2024. Os resultados evidenciam que as intervenções identificadas se centram maioritariamente no *empowerment* parental e na promoção da educação não violenta, incluindo estratégias como educação parental, visitas domiciliárias, vídeo-*feedback* e programas estruturados de parentalidade. As famílias participantes apresentavam diferentes formas de vulnerabilidade social, nomeadamente baixo rendimento, residência em contextos rurais, envolvimento com serviços de proteção infantil e acesso limitado a recursos e apoio social. Conclui-se que as intervenções promotoras da parentalidade positiva demonstram potencial para fortalecer as competências parentais e prevenir a violência infantil em contextos de vulnerabilidade social. Contudo, verifica-se uma escassez de estudos centrados especificamente na intervenção de enfermagem, evidenciando a necessidade de reforçar a investigação nesta área e de incrementar estas intervenções na prática clínica.

PALAVRAS-CHAVE: Família. Parentalidade. Vulnerabilidade em Saúde.

POSITIVE PARENTING AND NON-VIOLENT EDUCATION: INTERVENTION WITH FAMILIES IN SITUATIONS OF VULNERABILITY

ABSTRACT: Violence against children constitutes a serious public health problem, with significant consequences for physical, emotional, and social development, and is widely recognized as preventable through the promotion of positive parenting and non-violent education. In this context, nurses assume a pivotal role in promoting family health, empowering caregivers, and preventing child violence, particularly among families experiencing social vulnerability. This integrative literature review aimed to synthesize the scientific evidence on interventions that promote positive parenting and non-violent education among families in situations of social vulnerability, with a focus on identifying nursing interventions aimed at their promotion. The review was conducted based on the methodological framework proposed by Whittemore and Knafl (2005). The literature search was performed in the MedLine Complete, CINAHL Ultimate, Scopus, Psychology and Behavioral Science Collection, MedicLatina, Cochrane Database of Systematic Reviews, and Web of Science databases, as well as Google Scholar and the Portuguese Open Access Scientific Repository, including six studies published between 2017 and 2024. The findings indicate that the identified interventions primarily focus on parental empowerment and the promotion of non-violent education, including strategies such as parenting education, home visits, video-feedback, and structured parenting programs. Participating families experienced various forms of social vulnerability, including low income, residence in rural settings, involvement with child protection services, and limited access to resources and social support. These interventions demonstrate potential to strengthen parental competencies and prevent child violence in socially vulnerable contexts. However, there is a scarcity of studies specifically focused on nursing interventions, highlighting the need to strengthen research in this field and to further integrate these interventions into clinical practice.

KEY-WORDS: Family. Parenting. Health Vulnerability.

INTRODUÇÃO

A violência contra crianças constitui um grave problema de saúde pública e de direitos humanos, com elevada prevalência e consequências significativas no desenvolvimento físico, emocional e social. Estima-se que cerca de um bilhão de crianças experienciem anualmente alguma forma de violência, frequentemente no contexto familiar, incluindo práticas educativas violentas e exposição à violência doméstica, o que compromete o seu bem-estar e desenvolvimento ao longo do ciclo de vida (UNITED NATIONS, [s.d.]; UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF, 2024)). Estas experiências estão associadas a impactos negativos duradouros na saúde e no funcionamento social, contribuindo igualmente para elevados custos sociais e económicos e para a perpetuação de desigualdades (UNITED NATIONS, [s.d.]).

A prevenção da violência contra crianças constitui uma prioridade global, integrada na Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável, sendo reconhecida a importância da implementação de intervenções dirigidas ao apoio às famílias e à promoção de práticas parentais positivas e não violentas (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016; UNICEF, 2016). Neste contexto, os enfermeiros assumem uma intervenção relevante na promoção da saúde familiar e na capacitação parental, através da identificação precoce de fatores de risco e da implementação de intervenções preventivas baseadas na evidência (RODRIGUES *et al.*, 2024).

Face à relevância desta problemática, torna-se fundamental sistematizar a evidência científica sobre intervenções promotoras da parentalidade positiva e da educação não violenta, particularmente em famílias em situação de vulnerabilidade social. Assim, a presente revisão integrativa da literatura teve como objetivo sintetizar a evidência científica sobre intervenções promotoras da parentalidade positiva e da educação não violenta, com enfoque na identificação das intervenções de enfermagem dirigidas à sua promoção.

REFERENCIAL TEÓRICO

A parentalidade constitui um processo complexo e multidimensional que integra o conjunto de responsabilidades, papéis e práticas assumidas pelos pais ou cuidadores com vista à proteção, cuidado e promoção do desenvolvimento integral da criança (INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES, 2019). Para além da satisfação das necessidades físicas, envolve a promoção do desenvolvimento emocional, cognitivo e social, assumindo um papel determinante na saúde e no bem-estar ao longo do ciclo de vida.

Neste enquadramento, a parentalidade positiva, conforme definido na Recomendação Rec(2006)19 do Conselho da Europa, corresponde a um comportamento parental orientado pelo superior interesse da criança, caracterizado por ser cuidador, promotor de competências, não violento e estruturado, assegurando reconhecimento e limites adequados ao desenvolvimento infantil (CONSELHO DA EUROPA, 2006). Este referencial integra cinco dimensões fundamentais: (i) *nurturing*, centrado na resposta sensível às necessidades emocionais; (ii) estrutura e orientação, assente na definição de limites claros e consistentes; (iii) reconhecimento, que valoriza a criança como sujeito de direitos; (iv) *empowerment*, direcionado ao fortalecimento da autonomia e competência da criança; e (v) educação não violenta, que exclui qualquer forma de punição física ou psicológica humilhante (CONSELHO DA EUROPA, 2006).

A educação não violenta constitui um eixo central desta abordagem, contrapondo-se à disciplina violenta, entendida como qualquer forma de punição física ou agressão psicológica, incluindo gritos ou insultos (UNICEF, 2024). A violência contra crianças, definida como qualquer ato prejudicial com potencial de causar danos físicos ou psicológicos, incluindo negligência, violência física, sexual ou psicológica, está associada a consequências negativas significativas no desenvolvimento e na saúde, podendo perpetuar

ciclos intergeracionais de violência (UNICEF, 2023).

A família constitui o principal contexto de cuidado e socialização da criança (HOCKENBERRY, 2024). Contudo, o exercício da parentalidade é influenciado por fatores individuais e contextuais. Em contextos de vulnerabilidade social - entendida como uma dimensão da vulnerabilidade em saúde resultante da interação entre fatores sociais, económicos, culturais, geográficos e psicossociais (CHESNAY, 2020; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2008) - podem verificar-se limitações no acesso a recursos e aumento da exposição a riscos, comprometendo o desempenho das funções parentais.

Neste contexto, a promoção da parentalidade positiva assume particular relevância, sendo necessária a implementação de intervenções de promoção da saúde e capacitação parental, especialmente junto de famílias em situação de vulnerabilidade social (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2016). Os enfermeiros, pela sua proximidade às famílias e continuidade de cuidados, assumem uma intervenção central na capacitação parental e na prevenção da violência infantil, sendo o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender um referencial relevante para orientar intervenções dirigidas aos comportamentos parentais (MURDAUGH; PARSONS; PENDER, 2019).

Face a esta problemática, a presente revisão foi orientada pela seguinte questão de revisão: “Quais as intervenções que promovem a parentalidade positiva e a educação não violenta em famílias em situação de vulnerabilidade social?”. Foram ainda definidas as seguintes subquestões de revisão: (i) “Quais as intervenções de enfermagem dirigidas à promoção da parentalidade positiva e da educação não violenta em famílias em situação de vulnerabilidade social?” e (ii) “Quais as situações de vulnerabilidade social vividas pelas famílias incluídas nos estudos analisados?”.

METODOLOGIA

A presente revisão integrativa da literatura foi conduzida com base no referencial metodológico proposto por Whitemore e Knafl (2005), o qual compreende as etapas: identificação do problema, pesquisa da literatura, análise dos dados e apresentação dos resultados.

Após a definição do problema e da questão de revisão, foram estabelecidos os critérios de elegibilidade com base na mnemónica População, Conceito e Contexto (PCC), de acordo com as recomendações do *Joanna Briggs Institute* (PETERS *et al.*, 2020). Foram incluídos estudos cuja população (P) correspondia a famílias em situação de vulnerabilidade social. Relativamente ao conceito (C), foram considerados estudos que abordassem intervenções promotoras da parentalidade positiva e da educação não violenta. Quanto ao contexto (C), foram incluídos estudos desenvolvidos em diferentes contextos de intervenção com enfoque na promoção da saúde. Foram definidos como critérios de exclusão estudos cujo foco incidisse exclusivamente em patologias infantis ou familiares, contextos exclusivamente

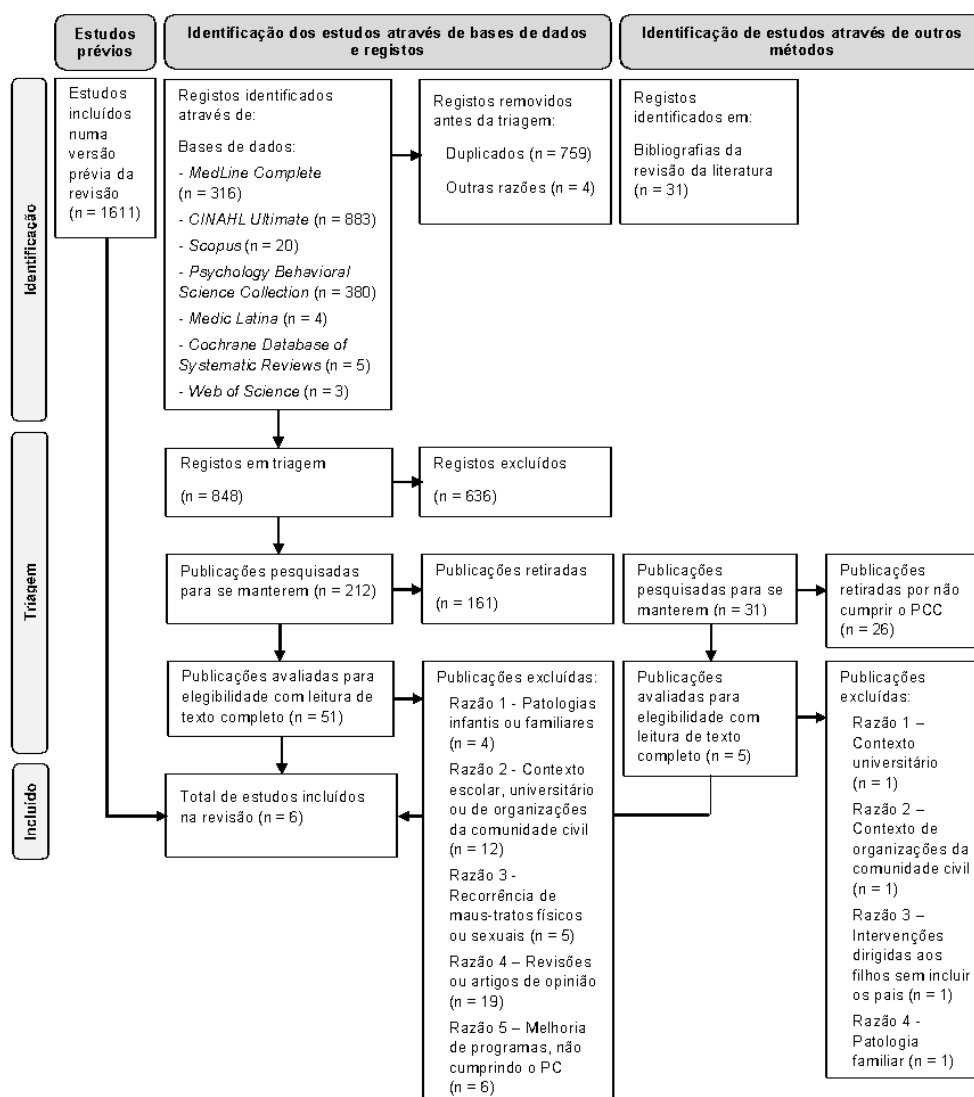
educativos sem componente de intervenção em saúde, situações centradas apenas na ocorrência de maus-tratos sem enfoque em intervenções promotoras da parentalidade positiva, intervenções dirigidas exclusivamente às crianças sem envolvimento ativo dos pais ou cuidadores e estudos que se limitassem à avaliação técnica ou reformulação de programas sem descrição de intervenções concretas.

De forma a garantir a adequação e abrangência da estratégia de pesquisa, foi inicialmente realizada uma pesquisa bibliográfica exploratória na plataforma *EBSCOhost*, recorrendo às bases de dados *CINAHL Ultimate* e *MEDLINE Complete*. Para o efeito, foram utilizadas palavras-chave em linguagem natural, nomeadamente: *vulnerability, parenting, child violence, child abuse, education, positive parenting, parental relationships, non-violent education, parents, pediatrics, nursing care, nursing* e *health care*. Com base nos resultados desta pesquisa preliminar, foram identificados os termos de indexação mais relevantes, com recurso aos descritores controlados *CINAHL Headings* e aos *Medical Subject Headings (MeSH)*. Assim, foram utilizados os seguintes descritores *CINAHL Headings*: “*parent**”, “*family*”, “*vulnerable populations*”, “*vulnerability*”, “*intervention**”, “*parenting education*”, “*positive parenting*”, “*child abuse prevention*” e “*violence prevention*”. Relativamente aos termos *MeSH*, foram aplicados os seguintes descritores: “*family*”, “*parent**”, “*vulnerable populations*”, “*intervention**”, “*child abuse prevention*”, “*parent-child relations*” e “*violence prevention*”. A pesquisa bibliográfica foi realizada no dia 21 de março de 2025, através da plataforma *EBSCOhost*, incluindo as bases de dados *CINAHL Ultimate*, *MEDLINE Complete*, *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, *MedicLatina* e *Cochrane Database of Systematic Reviews*, bem como nas bases de dados *Scopus* e *Web of Science*. Adicionalmente, foi efetuada pesquisa no motor de busca científico *Google Scholar* e no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP). Os descritores foram combinados através de operadores booleanos, de forma a ampliar e refinar os resultados da pesquisa.

Os resultados da pesquisa foram obtidos através da exportação para o gestor de referências *Mendeley Desktop (version 1.19.8)*, do qual foram removidos os registos duplicados. De seguida, para iniciar a seleção dos artigos, os registos foram introduzidos na plataforma *Rayyan Qatar Computing Research Institute (Rayyan QCRI)*. A elegibilidade dos documentos foi avaliada por três revisoras independentes. A pesquisa resultou na identificação de 1642 publicações. O processo de seleção dos estudos encontra-se representado na Figura 1.

Posteriormente, foi realizada a extração e análise dos dados dos estudos incluídos. Por fim, os resultados foram organizados e apresentados de forma sistematizada, permitindo a integração do conhecimento científico sobre intervenções promotoras da parentalidade positiva e da educação não violenta em famílias em situação de vulnerabilidade social.

Figura 1: Fluxograma do processo de seleção dos estudos.



Apresentação e discussão dos resultados

Os seis estudos incluídos, publicados entre 2017 e 2024 e realizados nos Estados Unidos da América (3) (ABATE *et al.*, 2020; BROWN *et al.*, 2023; RICHARDSON; DAMASHEK, 2022), China (1) (ZHANG *et al.*, 2024), Itália (1) (CASONATO *et al.*, 2017) e Tailândia (1) (RERKSWATTAVORN; CHANPRASERTPINYO, 2019), evidenciam vulnerabilidades sociais vivenciadas pelas famílias e intervenções de promotoras da parentalidade positiva e da educação não violenta. Os estudos apresentam diferentes delineamentos metodológicos, incluindo três ensaios clínicos randomizados (CASONATO *et al.*, 2017; RERKSWATTAVORN; CHANPRASERTPINYO, 2019; RICHARDSON; DAMASHEK, 2022) e três estudos quase-experimentais (ABATE *et al.*, 2020; BROWN *et al.*, 2023; ZHANG *et al.*, 2024). A Tabela 2 apresenta a síntese dos estudos incluídos, com destaque para a informação relevante para a temática desta revisão.

Tabela 2: Extração de dados relevantes sobre a temática dos estudos incluídos.

Autor Ano	Participantes Situação de vulnerabilidade social	Intervenções promotoras da parentalidade positiva e da educação não violenta
CASONATO <i>et al.</i> (2017)	<u>Participantes:</u> -12 mães. <u>Situação de vulnerabilidade social:</u> - Mães italianas com alto risco de cometerem maus-tratos. - Mães e os seus filhos de 10 a 36 meses colocados sob cuidados residenciais parentais, devido a uma ordem de tutela emitida pelo Tribunal da Juventude.	<u>O programa <i>Video-feedback Intervention to promote Positive Parenting and Sensitive Discipline</i> (VIPP-SD) baseia-se num protocolo (4–6 sessões), baseado em vídeo-feedback, implementado no contexto de cuidados residenciais:</u> - As primeiras 4 visitas têm os seus próprios temas, estratégias e exercícios para mãe e filho, tanto no que diz respeito à sensibilidade, como à disciplina. - A intervenção <i>vídeo-feedback</i> tem como objetivo: aumentar a sensibilidade materna e estratégias de disciplina adequadas durante as interações criança-mãe. - Cada sessão é composta por duas partes. Na primeira, o interveniente filma mãe e filho em situações diárias em episódios curtos, de 10 a 30 minutos. Na segunda parte, são revistos os vídeos da sessão anterior com a mãe e discutidos segmentos específicos previamente selecionados para fomentar as suas capacidades de observação e empatia pela criança. - Os temas para a sensibilidade materna são: exploração versus busca de contato, “falar pela criança”, sensibilidade e empatia. - Os temas para a disciplina sensível são: disciplina indutiva e distração, força de controle positiva, tempo limite sensível e empatia pela criança.

RERKSWATTAVORN; CHANPRASERTPINYO (2019)	<u>Participantes:</u> - 85 cuidadores (42 de tratamento + 43 de controlo) <u>Situação de vulnerabilidade social:</u> Famílias que vivem em áreas rurais da Tailândia, caracterizadas por baixo rendimento, níveis baixos de escolaridade e dependentes da agricultura para sustento, resultando numa maior dificuldade de acesso a recursos e informação.	Programa de parentalidade não violenta, que consiste em, primeiro, assistir a uma palestra sobre os efeitos de uma educação punitiva física e verbalmente e, posteriormente, estratégias de educação não violenta, baseadas no reforço positivo e eliminação de comportamentos indesejados. Após a palestra foi realizado um <i>role play</i>, em que os pais simulam situações quotidianas de disciplina da criança e, de seguida, apresentam técnicas de educação não violenta, avaliando conhecimento e atitudes, através de um questionário.
ABATE <i>et al.</i> (2020)	<u>Participantes:</u> - 171 cuidadores <u>Situação de vulnerabilidade social:</u> Famílias residentes em áreas rurais dos Estados Unidos da América, com baixo rendimento, incluindo pais ou cuidadores de diversidade étnica.	<u>O programa <i>Triple P</i> domiciliar foi implementado em 12 sessões com as seguintes estratégias:</u> - Redução de comportamentos parentais disfuncionais; - Promoção da educação não violenta; - Redução da raiva parental; - Autorregulação emocional e sensibilidade parental. - Encaminhamento para serviços sociais e apoio financeiro.
RICHARDSON; DA-MASHEK (2022)	<u>Participantes:</u> - 52 cuidadores <u>Situação de vulnerabilidade social:</u> Cuidadores com baixo rendimento e de origens raciais/ étnicas diversas, 52 cuidadores de crianças de 1 a 5 anos que visitaram uma clínica pediátrica.	<u>Programa <i>Play Nicely</i> (online):</u> - Os pais responderam a um questionário acerca da sua atitude em relação às palmadas, perante um mau comportamento da criança, sendo posteriormente analisado com os primeiros qual seria a melhor ação consoante o comportamento da criança. - Foram analisados os resultados tendo em conta as diferentes origens raciais, nomeadamente entre cuidadores brancos e não brancos.

BROWN <i>et al.</i> (2023)	<u>Participantes:</u> - 198 famílias (48 de tratamento + 150 de controle) <u>Situação de vulnerabilidade social:</u> - Famílias de baixa renda, primíparas e multíparas, com filhos menores de 18 anos, referenciadas por serviços de proteção infantil ou programas de assistência, consideradas como de alto risco pelos serviços.	<i>Nurse Support Program (NSP)</i> — programa de visitas domiciliares por enfermeiros de saúde pública, com intervenção personalizada: - Envolvimento das famílias na definição de metas; - Discussão de práticas educativas adequadas, promovendo a educação não-violenta; - Fortalecimento de vínculos e ambientes seguros; - Valorização de competências parentais; - Orientação sobre o desenvolvimento infantil e rotinas. <u>Intervenções de enfermagem:</u> - Visitas domiciliares personalizadas (em média 11,7 visitas/ família), baseadas no <i>Omaha System</i> para avaliação das necessidades familiares. - Práticas baseadas em evidências: <i>Strengthening Families Framework</i>, entrevistas motivacionais e cuidados traumático-informados. - Tópicos abordados: metas familiares, saúde infantil, violência, saúde mental, uso de substâncias e suporte social.
ZHANG <i>et al.</i> (2024)	<u>Participantes:</u> - 54 pais chineses <u>Situação de vulnerabilidade social:</u> Famílias que têm recursos limitados, e com acesso restrito a alguns serviços. Vulnerabilidade associada ao contexto cultural.	<u>Programa <i>Parenting for Lifelong Health for Young Children (PLH-YC)</i> com 8 sessões online:</u> - Estabelecer uma relação positiva entre pais e filhos; - Promoção da partilha de sentimentos; - Promoção do reforço positivo; - Estabelecimento de limites; - Uso da educação não violenta.

Vulnerabilidades sociais vivenciadas pelas famílias

Os estudos incluídos evidenciam que as famílias participantes apresentavam diferentes formas de vulnerabilidade social, nomeadamente vulnerabilidade económica, envolvimento com serviços de proteção infantil, residência em contextos rurais ou com acesso limitado a serviços, e exposição a fatores psicossociais e familiares adversos. Estas condições foram descritas como características dos participantes das intervenções

analisadas.

A vulnerabilidade económica foi referida em estudos que incluíram famílias de baixo rendimento e famílias identificadas como estando em risco elevado pelos sistemas de serviços sociais e de proteção infantil. O estudo de Brown *et al.* (2023) descreve a inclusão de famílias com baixos rendimentos, primíparas e múltiparas, identificadas como estando em alto risco e frequentemente envolvidas com sistemas de apoio social e proteção infantil (BROWN *et al.*, 2023).

De forma semelhante, Richardson e Damashek (2021) referem que fatores como baixo rendimento, estatuto socioeconómico reduzido e monoparentalidade estão associados às características das famílias participantes, sendo estes elementos descritos como fatores presentes no contexto familiar e associados às práticas parentais analisadas.

A vulnerabilidade geográfica foi identificada em estudos realizados com famílias residentes em contextos rurais e em comunidades com acesso limitado a serviços de saúde e apoio psicossocial. O estudo de Abate *et al.* (2020) incluiu famílias residentes em áreas rurais, referindo que estas comunidades apresentam maior exposição a experiências adversas e menor acessibilidade e disponibilidade de serviços de saúde mental e apoio familiar, constituindo contextos caracterizados por limitações estruturais no acesso a cuidados e intervenções de apoio parental. Estas características refletem condições contextuais que influenciam o acesso das famílias a serviços de promoção da parentalidade e prevenção da violência.

Adicionalmente, os estudos evidenciam vulnerabilidades familiares e psicossociais associadas ao envolvimento com serviços de proteção infantil, necessidades familiares complexas e exposição a fatores de risco familiares e sociais. O estudo de Brown *et al.* (2023) descreve que as famílias incluídas foram identificadas através de sistemas de proteção infantil e programas de assistência social, incluindo famílias com histórico de envolvimento com serviços de proteção da criança e famílias com múltiplas necessidades sociais e familiares. Do mesmo modo, Richardson e Damashek (2021) referem a inclusão de cuidadores com características associadas a maior utilização de práticas disciplinares físicas, incluindo fatores familiares e contextuais como baixo estatuto socioeconómico, monoparentalidade e fatores psicossociais associados ao contexto familiar. Estes elementos evidenciam a presença de múltiplas condições de vulnerabilidade nas famílias incluídas nos estudos analisados.

Intervenções de enfermagem promotoras da parentalidade positiva e educação não violenta em famílias vulneráveis

As intervenções promotoras da parentalidade positiva e da educação não violenta identificadas nos estudos incluídos nesta revisão encontram-se organizadas em cinco dimensões fundamentais, conforme estabelecido na Recomendação Rec(2006)19 do

Conselho da Europa: *nurturing*, estrutura e orientação, reconhecimento, empowerment e educação não violenta (CONSELHO DA EUROPA, 2006). Estas intervenções foram implementadas maioritariamente no âmbito de programas estruturados, incluindo o *Triple P - Positive Parenting Program*, o *Video-feedback Intervention to Promote Positive Parenting and Sensitive Discipline (VIPP-SD)*, o *Nonviolent Parenting Program*, o *Parenting for Lifelong Health for Young Children (PLH-YC)*, o *Nurse Support Program (NSP)* e o programa *Play Nicely*. As intervenções foram desenvolvidas em diferentes formatos, incluindo sessões presenciais, visitas domiciliárias, sessões em grupo e intervenções online, recorrendo a estratégias como educação parental, *vídeo-feedback*, discussão orientada, modelagem comportamental e aconselhamento individualizado (ABATE *et al.*, 2020; BROWN *et al.*, 2023; CASONATO; NAZZARI; FRIGERIO, 2017; RERKSWATTAVORN; CHANPRASERTPINYO, 2019; RICHARDSON; DAMASHEK, 2021; ZHANG *et al.*, 2024).

Nurturing: A dimensão *nurturing* foi descrita nos estudos de Brown *et al.* (2023), Casonato, Nazzari e Frigerio (2017) e Zhang *et al.* (2024), através de intervenções dirigidas à promoção de interações positivas e sensíveis entre cuidadores e crianças. No estudo de Brown *et al.* (2023), o *Nurse Support Program* incluiu visitas domiciliárias realizadas por enfermeiros, centradas no estabelecimento de uma relação terapêutica com os cuidadores, no apoio emocional e na promoção de interações positivas com a criança. No estudo de Casonato, Nazzari e Frigerio (2017), o programa *VIPP-SD* recorreu ao *vídeo-feedback* para promover a sensibilidade materna e a capacidade de reconhecer e responder adequadamente aos sinais e necessidades da criança. No estudo de Zhang *et al.* (2024), o programa *PLH-YC* incluiu atividades orientadas para a promoção de interações positivas entre pais e filhos, através de sessões estruturadas que abordaram a importância da atenção positiva e do envolvimento parental.

Estrutura e orientação: A dimensão estrutura e orientação foi descrita nos estudos de Abate *et al.* (2020), Brown *et al.* (2023), Casonato, Nazzari e Frigerio (2017) e Zhang *et al.* (2024). No estudo de Abate *et al.* (2020), o programa *Triple P* incluiu componentes educativas dirigidas à melhoria das práticas parentais, com enfoque na gestão do comportamento infantil e na redução de práticas educativas disfuncionais. No estudo de Casonato, Nazzari e Frigerio (2017), o programa *VIPP-SD* incluiu sessões com *vídeo-feedback* que permitiram às mães observar e refletir sobre as suas interações com os filhos, promovendo a aplicação de estratégias parentais mais adequadas. No estudo de Zhang *et al.* (2024), o programa *PLH-YC* incluiu conteúdos relacionados com o estabelecimento de regras, definição de limites e utilização de estratégias educativas consistentes. No estudo de Brown *et al.* (2023), o *Nurse Support Program* incluiu intervenções dirigidas à promoção da segurança infantil e à adaptação das práticas parentais às necessidades da criança, através de acompanhamento individualizado e definição de objetivos familiares.

Reconhecimento: A dimensão reconhecimento não foi identificada, de forma explícita, descrita nos estudos incluídos. No entanto, no estudo de Casonato, Nazzari e Frigerio (2017), o uso de *vídeo-feedback* permitiu às mães observar e refletir sobre o

comportamento da criança durante as interações, promovendo uma maior compreensão das suas necessidades. No estudo de Zhang *et al.* (2024), as sessões incluíram atividades de discussão e partilha de experiências parentais, centradas na compreensão do comportamento infantil e na promoção de respostas parentais adequadas.

Empowerment: As intervenções identificadas centraram-se no *empowerment* parental, através do desenvolvimento de competências parentais e da promoção de práticas educativas não violentas. Estas incluíram programas estruturados de formação parental (ABATE *et al.*, 2020), intervenções baseadas em vídeo-*feedback* (CASONATO; NAZZARI; FRIGERIO, 2017), sessões participativas com partilha de experiências parentais (ZHANG *et al.*, 2024), intervenções com base em entrevistas motivacionais e apoio psicossocial (BROWN *et al.*, 2023), sessões educativas sobre práticas educativas não violentas (RERKSWATTAVORN; CHANPRASERTPINYO, 2019) e conteúdos educativos online sobre estratégias alternativas à punição física (RICHARDSON; DAMASHEK, 2021).

Educação não violenta: A dimensão educação não violenta emergiu em todos os estudos incluídos. No estudo de Abate *et al.* (2020), o programa *Triple P* incluiu intervenções dirigidas à redução da disciplina disfuncional e da raiva parental. No estudo desenvolvido por Casonato, Nazzari e Frigerio (2017), o programa *VIPP-SD* incluiu estratégias dirigidas à promoção de práticas educativas sensíveis e à redução de respostas coercivas. O programa *PLH-YC* incluiu conteúdos educativos sobre disciplina positiva e estratégias alternativas à punição física (ZHANG *et al.*, 2024). O *Nurse Support Program*, incluiu intervenções dirigidas à promoção de práticas parentais positivas e à redução de comportamentos parentais de risco (BROWN *et al.*, 2023). No estudo desenvolvido por Rerkswattavorn e Chanprasertpinyo (2019), o programa reportado incluiu sessões educativas sobre disciplina infantil e prevenção da violência. Por sua vez, o programa *Play Nicely* incluiu conteúdos educativos sobre estratégias alternativas à punição física, incluindo instruções verbais, estabelecimento de limites e retirada de privilégios (RICHARDSON; DAMASHEK, 2021).

CONCLUSÃO

Os estudos incluídos nesta revisão integram intervenções promotoras da parentalidade positiva e da educação não violenta dirigidas a famílias em situação de vulnerabilidade social. Os resultados evidenciam que estas intervenções se centram predominantemente no *empowerment* parental e na promoção de práticas educativas não violentas, sendo maioritariamente implementadas através de programas estruturados que integram estratégias como educação parental, visitas domiciliárias, vídeo-*feedback*, sessões educativas e aconselhamento individualizado. Os estudos sugerem potencial benefício na melhoria das práticas parentais e na promoção de competências educativas mais ajustadas.

As famílias participantes encontravam-se expostas a múltiplos fatores de vulnerabilidade social, incluindo baixo rendimento, acesso limitado a serviços, envolvimento

com sistemas de proteção infantil e exposição a adversidades psicossociais, apontando para a potencial relevância destas intervenções na promoção de práticas parentais positivas e na prevenção da violência contra crianças.

Apesar da diversidade das intervenções identificadas, apenas um estudo descreveu intervenções promovidas explicitamente por enfermeiros, no contexto de um programa estruturado de visitas domiciliares, evidenciando o potencial da intervenção de enfermagem na capacitação parental e na promoção de ambientes familiares seguros. Este achado destaca a necessidade de reforçar o desenvolvimento e a implementação de intervenções de enfermagem nesta área.

O reduzido número de estudos centrados na intervenção de enfermagem e a ausência de avaliação formal da qualidade metodológica constituem limitações desta revisão. Ainda assim, os resultados evidenciam a relevância de futuras investigações que aprofundem o contributo da enfermagem na promoção da parentalidade positiva e na prevenção da violência contra crianças, reforçando a evidência científica e sustentando a prática clínica.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

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

REFERÊNCIAS

ABATE, A. *et al.* The Effectiveness of a Home-Based Delivery of Triple P in High-Risk Families in Rural Areas. **Journal of Child and Family Studies**, [s. l.], v. 29, n. 4, p. 997–1007, 2020. Disponível em: <https://doi.org/10.1007/s10826-019-01684-2>.

BROWN, S. M. *et al.* Tailored Nurse Support Program Promoting Positive Parenting and Family Preservation. **Nursing Research**, [s. l.], v. 72, n. 4, p. E164–E171, 2023. Disponível em: <https://doi.org/10.1097/NNR.0000000000000662>.

CASONATO, M.; NAZZARI, S.; FRIGERIO, A. Feasibility and efficacy of an attachment-based intervention in a maltreatment sample in residential care: A pilot study. **Clinical Child Psychology and Psychiatry**, [s. l.], v. 22, n. 4, p. 561–571, 2017. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/1359104517719115>.

CHESNAY, M. Vulnerable populations: vulnerable people. In: CHESNAY, M. de; ANDERSON, B. A. (ed.). **Caring for the vulnerable: perspectives in nursing theory, practice, and research**. 5. ed. Burlington: Jones & Bartlett Learning, 2020. p. 3–15.

CONSELHO DA EUROPA. **Recommendation Rec(2006)19 of the Committee of Ministers to member states on policy to support positive parenting**. Strasbourg: Council of Europe, 2006. Disponível em: <https://archive.crin.org/en/library/legal-database/council-europe-recommendation-rec200619-policy-support-positive-parenting.html>

INTERNATIONAL COUNCIL OF NURSES. **ICNP Browser**. Genebra: International Council of Nurses, 2019. Disponível em: <https://www.icn.ch/icnp-browser>

HOCKENBERRY, M. Perspectives of Pediatric Nursing. In: HOCKENBERRY, M.; DUFFY, E.; GIBBS, K. (ed.). **Wong's Nursing Care of Infants and Children**. 12. ed. [S. l.]: Elsevier, 2024. p. 1-13.

MURDAUGH, C. L.; PARSONS, M. A.; PENDER, N. J. **Health promotion in nursing practice**. 8. ed. [S. l.]: Pearson, 2019.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Código deontológico do enfermeiro**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2015. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/> .

PETERS, Micah D. J.; GODFREY, Christina; MCINERNEY, Patricia; MUNN, Zachary; TRICCO, Andrea C.; KHALIL, Hanan. Scoping reviews. In: AROMATARIS, Edoardo; MUNN, Zachary (eds.). **JBI reviewer's manual**. Adelaide: The Joanna Briggs Institute, 2020. cap. 11.

RERKSWATTAVORN, C.; CHANPRASERTPINYO, W. Prevention of child physical and verbal abuse from traditional child discipline methods in rural Thailand. **Heliyon**, [s. l.], v. 5, n. 12, p. e02920, 2019. Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.heliyon.2019.e02920>.

RICHARDSON, H. L.; DAMASHEK, A. Examining the Use of a Brief Online Intervention in Primary Care for Changing Low-Income Caregivers' Attitudes Toward Spanking. **Journal of Interpersonal Violence**, [s. l.], v. 37, n. 21–22, p. NP20409–NP20427, 2021. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/08862605211054101>.

RODRIGUES, J. R. G. V.; PASTORINHO, A. I. S.; CASTILHO, J. A. M.; LUZ, S. A. V. da. Apoiar as famílias e a parentalidade: intervenção de enfermagem na prevenção da violência contra crianças. In: TOMÁS, C. C. *et al.* (org.). **Integração de cuidados de saúde em diversos contextos: unindo a evidência à prática**. Recife: Omnis Scientia, 2024. v. 1, p. 58–70.

UNICEF. **Hidden in plain sight: a statistical analysis of violence against children**. [S. l.]: UNICEF, 2014. Disponível em: <https://data.unicef.org/resources/hidden-in-plain-sight-a-statistical-analysis-of-violence-against-children/>.

UNICEF. **Ten facts about violence against children**. New York: UNICEF, 2024. Disponível em: <https://data.unicef.org/resources/ten-facts-about-violence-against-children/>.

UNITED NATIONS. **Violence against children**. New York: United Nations, [s.d.]. Disponível em: <https://sdgs.un.org/topics/violence-against-children>.

UNITED NATIONS CHILDREN'S FUND (UNICEF). **International classification of violence against children**. New York: UNICEF, 2023.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health**. Final Report of the Commission on Social Determinants of Health. Geneva: WHO, 2008.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **INSPIRE: seven strategies for ending violence against children**. Geneva: World Health Organization, 2016. Disponível em:

<https://iris.who.int/handle/10665/207717>.

ZHANG, H. *et al.* A Parenting Program to Prevent Child Maltreatment in China: A Pretest–Posttest-Follow-Up Study. **Research on Social Work Practice**, [s. l.], v. 34, n. 8, p. 933–943, 2024. Disponível em: <https://doi.org/10.1177/10497315231209748>.

EDUCAÇÃO SEXUAL NO PÓS-OPERATÓRIO: INTERVENÇÃO DO ENFERMEIRO DE REABILITAÇÃO NA PRÓTESE DA ANCA

Mariana Marques Batista¹;

Unidade Local de São José – Hospital Santa Marta. Centro de Investigação Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Escola Superior de Enfermagem, Universidade de Lisboa (ESEUL), Lisboa, Portugal.

<https://orcid.org/0009-0001-9129-810X>

Ana Lobato Rosa²;

Unidade Local de Saúde de Amadora/Sintra - Hospital Fernando Fonseca. Centro de Investigação Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem de Lisboa (CIDNUR), Escola Superior de Enfermagem, Universidade de Lisboa (ESEUL), Lisboa, Portugal.

<https://orcid.org/0009-0009-4323-9963>

José Carlos Magalhães³;

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

<https://orcid.org/0000-0002-5768-5448>

Inês de Jesus Rocha⁴;

Unidade Local de São José – Hospital Curry Cabral, Lisboa, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0001-6943-1499>

António Manuel Soares Massena⁵;

Unidade Local de São José – Hospital Curry Cabral, Lisboa, Portugal.

<https://orcid.org/0009-0004-6792-5144>

Cristiana Isabel da Cruz Furtado Firmino⁶.

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

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

RESUMO: A intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na pessoa submetida a Artroplastia Total da Anca desempenha um papel fundamental para a promoção da recuperação funcional, da independência e da qualidade de vida. Através de um plano individualizado de cuidados atua na prevenção de complicações, no controlo da dor e na reabilitação

funcional, contribuindo para uma reintegração segura e confiante no contexto familiar e social. A sexualidade, como dimensão vital da saúde integral que se manifesta na esfera física, emocional e social, justifica uma abordagem integrada deste profissional. Trata-se de um estudo com abordagem qualitativa, descritiva, do tipo relato de experiência, desenvolvido a partir das atividades realizadas durante o estágio clínico de Enfermagem de Reabilitação em contexto orto-traumatológico, no serviço de ortopedia de um hospital situado na região de Lisboa e Vale do Tejo, em Portugal. A recolha de dados que subsidiou este relato decorreu da participação dos estudantes do Curso de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação na prestação de cuidados à pessoa submetida a cirurgia para colocação de prótese total da anca, com a implementação de um plano de intervenção de Enfermagem de Reabilitação. Todas as ações foram desenvolvidas sob a orientação e a supervisão do enfermeiro orientador clínico do serviço. A análise das experiências vivenciadas permitiu confirmar a importância do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) na capacitação da pessoa para o autocuidado, no ensino de estratégias de adaptação funcional e no acompanhamento do processo de transição. Neste contexto, a abordagem proativa e especializada de preocupações, como a retoma da atividade sexual, revelou-se um fator diferenciador. Observou-se que a intervenção sistematizada e centrada na pessoa contribuiu diretamente para o aumento da autoconfiança, da motivação e da adesão integral ao processo de reabilitação. O resultado deste relato de experiência reforça a relevância da atuação do EEER na abordagem integral e humanizada da pessoa submetida a cirurgia ortopédica, evidenciando o impacto positivo do cuidado especializado na recuperação funcional e no bem-estar global, processo que engloba a dimensão da sexualidade como fator determinante para a plena reintegração e para a qualidade de vida da pessoa cuidada.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem Reabilitação, Cirurgia Ortopédica, Sexualidade

SEXUALITY EDUCATION IN THE POSTOPERATIVE PERIOD: REHABILITATION NURSE INTERVENTION IN HIP ARTHROPLASTY

ABSTRACT: The intervention of the Rehabilitation Nurse in people undergoing Total Hip Arthroplasty plays a key role in promoting functional recovery, independence, and quality of life. Through an individualized care plan, these professional acts to prevent complications, manage pain, and support functional rehabilitation, contributing to a safe and confident reintegration into family and social contexts. Sexuality, as a vital dimension of holistic health expressed in the physical, emotional, and social spheres, warrants an integrated approach by this professional. This is a qualitative, descriptive study in the form of an experience report, developed from activities carried out during a clinical placement in Rehabilitation Nursing in an orthotraumatology context, within the orthopedics department of a hospital located in the Lisbon and Tagus Valley region, Portugal. The data underpinning this report was collected through the participation of students from the master's Program in Rehabilitation

Nursing in the care provided to individuals undergoing surgery for total hip replacement, with the implementation of a Rehabilitation Nursing intervention plan. All actions were carried out under the guidance and supervision of the service's clinical preceptor. The analysis of the experiences confirmed the importance of the Rehabilitation Nursing Specialist Nurse (RNSN) in empowering individuals for self-care, teaching functional adaptation strategies, and supporting the transition process. In this context, the proactive and specialized approach to concerns such as resuming sexual activity proved to be a differentiating factor. It was observed that a systematized, person-centered intervention contributed directly to increased self-confidence, motivation, and full adherence to the rehabilitation process. The findings of this experience report reinforce the relevance of the RNSN's role in providing comprehensive and humanized care to individuals undergoing orthopedic surgery, highlighting the positive impact of specialized care on functional recovery and overall well-being—an approach that includes sexuality as a determining factor for full reintegration and quality of life.

KEY-WORDS: Rehabilitation Nursing; Orthopedic Surgery; Sexuality.

INTRODUÇÃO

A Artroplastia Total da Anca (ATA) é uma intervenção cirúrgica, das mais comuns em contexto ortopédico, frequentemente realizada em pessoas com patologias degenerativas, traumáticas ou inflamatórias da articulação coxofemoral, com o objetivo de restaurar a mobilidade e aliviar a dor (NABAIS *et al*, 2023). A prevalência mantém-se mais elevada em pessoas com idade mais avançada, porém este procedimento tem-se verificado cada vez mais frequentemente em pessoas mais jovens (NABAIS *et al*, 2023). Apesar dos avanços cirúrgicos, a recuperação funcional após este procedimento depende fortemente de um processo de reabilitação estruturado, multidisciplinar e enquadrado de acordo com a individualidade da pessoa cuidada e as necessidades apresentadas (NABAIS *et al*, 2023; PINHA; BAIXINHO, 2020; BETTECOURT *et al.*, 2014).

A literatura tem evidenciado que o sucesso da reabilitação ortopédica está intimamente ligado à educação terapêutica e à motivação da pessoa, fatores que contribuem para uma recuperação funcional segura e para a melhoria da qualidade de vida, pelo que a prática do EEER deve articular a dimensão física à dimensão relacional e psicossocial (ROUGEREAU *et al*, 2022). A dimensão sexual constitui um componente essencial da saúde e da qualidade de vida da pessoa, bem como parte integrante do bem-estar físico e emocional (WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO], 2015).

Após a ATA, muitas pessoas experienciam medo, insegurança e dúvidas quanto à retoma da atividade sexual, receando dor, lesão da prótese ou constrangimento perante o parceiro (ROUGEREAU *et al.* 2022; BERG *et al*, 2019; BETTENCOURT *et al*, 2014). Não obstante, esta temática permanece frequentemente subvalorizada nos planos de reabilitação e nos cuidados de enfermagem, o que se explica em parte por constrangimentos pessoais e culturais, quer pela ausência de protocolos e/ou materiais formais de ensino nesta área

(NABAIS *et al*, 2023; ROUGEREAU *et al*, 2022; ZHENG; LIU; LI, 2020; BETTENCOURT *et al*, 2014).

Neste contexto, o EEER assume competências para a promoção da funcionalidade e para a prevenção de complicações, conduzindo intervenções que visam a readaptação motora, o controlo da dor, a capacitação para o autocuidado e a reintegração social, que inclui a retoma segura à sua vida sexual (ORDEM DOS ENFERMEIROS [OE], 2021). A sua intervenção deve promover a autoconfiança, a adaptação funcional e a comunicação aberta sobre a sexualidade, respeitando a individualidade e o ritmo de cada pessoa (NABAIS *et al*, 2023; BETTENCOURT *et al*, 2014; OE, 2021).

A abordagem educativa no processo de reabilitação, relativa à dimensão sexual, é reforçada por estudos recentes que referem que o ensino estruturado sobre posições seguras, restrições de movimento e tempo adequado da retoma sexual contribui significativamente para o aumento da satisfação, da segurança e da qualidade de vida (ROUGEREAU *et al*, 2022; YANG *et al*, 2022; BETTENCOURT *et al*, 2014).

Deste modo, o presente relato de experiência, emergido da prática clínica desenvolvida durante o estágio integrado no Mestrado em Enfermagem de Reabilitação, permitiu refletir sobre a importância de uma abordagem centrada na pessoa submetida à prótese total da anca. Este tem como objetivo descrever e refletir sobre a intervenção do Enfermeiro de Reabilitação na capacitação da pessoa submetida a ATA, com ênfase na abordagem da dimensão sexual, destacando os ganhos observados na autoconfiança, na funcionalidade e no bem-estar global da pessoa cuidada.

METODOLOGIA

O estudante, em contexto de estágio clínico, no âmbito da sua formação, é confrontado com a exigência de desenvolver e consolidar competências que devem ser alicerçadas na experiência, na produção de conhecimento e no raciocínio clínico (BANNING, 2008). Deste processo surge o conceito de experiência como conhecimento adquirido pela prática e pela vivência da realidade, que se integra ao conhecimento formal. A experiência vivida deve ser articulada com os achados da evidência científica e enquadrada num contexto sociocultural para que se torne portadora de sentido e contribua de forma efetiva para a tomada de decisão clínica (BANNING, 2008; ALARCÃO, 2003). Neste enquadramento, o presente manuscrito consiste num estudo qualitativo, descritivo, do tipo relato de experiência, desenvolvido durante o Estágio Clínico do Mestrado em Enfermagem de Reabilitação. Este decorreu num contexto de traumatologia e ortopedia, num hospital da região de Lisboa e do Vale do Tejo, em Portugal.

A experiência descrita emergiu da participação ativa dos estudantes na prestação de cuidados especializados à pessoa submetida à cirurgia de colocação de prótese total da anca (PTA). As intervenções foram planeadas e implementadas com base nas competências

específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação, e centraram-se na promoção da funcionalidade, independência e segurança da pessoa ao longo do processo de recuperação (OE, 2021).

O estágio foi desenvolvido sob supervisão direta do Enfermeiro Orientador Clínico do serviço, garantindo a conformidade ética, científica e pedagógica das intervenções realizadas. As ações englobaram a avaliação funcional, a implementação de um plano individualizado de intervenção de Enfermagem de Reabilitação e a aplicação de estratégias educativas voltadas à promoção da mobilidade segura e à prevenção de complicações no pós-operatório.

Entre as intervenções realizadas, mereceu destaque a abordagem da dimensão da sexualidade. Esta é uma temática frequentemente desvalorizada no período pós-operatório e que, no entanto, constitui uma inquietação significativa para a pessoa submetida a este tipo de cirurgia ortopédica, nomeadamente a dificuldade em retomar uma vida sexualmente plena e satisfatória (WALL *et al*, 2011; NEONAKIS *et al*, 2020). Tais preocupações, que afetam cerca de 32% dos indivíduos, relacionam-se com a insegurança, o medo de luxação da prótese e a execução de movimentos incorretos (ROUGEREAU *et al*, 2022; WALL *et al*, 2011). As intervenções realizadas centraram-se na criação de um ambiente de confiança e segurança que permitisse a discussão da temática; na gestão da dor antes da atividade sexual, através da administração de analgesia para promoção de conforto; na educação e promoção da saúde, com o objetivo de alertar para eventuais complicações; e, por fim, na transmissão de orientações claras sobre os posicionamentos a adotar (NEONAKIS *et al*, 2020; ROUGEREAU *et al*, 2022).

Neste âmbito, procedeu-se à atualização de um folheto educativo existente, relativo às posições sexuais seguras após ATA (ROUGEREAU *et al*, 2022; ZHENG, LIU, LI, 2020). Este material foi utilizado como recurso de apoio à educação terapêutica, favorecendo a comunicação, a segurança e a confiança, quer por parte da utente, quer por parte do casal, no que concerne a retomar a atividade sexual, reforçando as competências do EEER na promoção de uma reabilitação integral e humanizada.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A vivência relatada permitiu observar, de forma direta, como a intervenção do EEER ultrapassa o domínio físico, abrangendo as dimensões psicossociais, emocionais e relacionais que influenciam o processo de recuperação pós-cirurgia ortopédica. A relevância desta abordagem centrada na pessoa permitiu a emergência de necessidades subjetivas frequentemente não verbalizadas (HARMSEN *et al*, 2023).

A relação terapêutica estabelecida com a utente constituiu o ponto de partida e um elemento fundamental deste processo, promovendo um ambiente de confiança e escuta ativa. Neste contexto, a sexualidade, uma dimensão frequentemente desvalorizada no

pós-operatório (ZHENG, 2020; BETTENCOURT *et al*, 2014), destacou-se como uma das preocupações menos evidentes, manifestada espontaneamente pela utente.

A partir desta identificação, foi possível desenvolver um plano de intervenção de enfermagem de reabilitação, individualizado, com enfoque na educação para a saúde e na segurança. A intervenção assentou em três eixos fundamentais: i) esclarecimento de dúvidas e desconstrução de constrangimentos; ii) educação sobre restrições e precauções do segmento articular e iii) adaptação segura da atividade sexual à nova condição funcional (YANG *et al*, 2022).

Durante a intervenção, verificou-se que o silêncio sobre a sexualidade decorre de fatores como os constrangimentos socioculturais e a ausência de formação específica dos profissionais de saúde. A evidência científica (ZHENG *et al*, 2020; WHO, 2015) reforça que o EEER desempenha um papel essencial na identificação e na resposta a estas necessidades, integrando a sexualidade como componente da reabilitação global.

Como estratégia educativa, procedeu-se à atualização e validação de um folheto informativo com recomendações de segurança e evidências científicas recentes relativas às posições sexuais seguras após artroplastia total da anca. O material, revisto em colaboração com a equipa de enfermagem de reabilitação, serviu de apoio à comunicação terapêutica, contribuindo para a redução da ansiedade, o aumento da autoconfiança e a compreensão mais clara dos limites físicos. Estes são elementos determinantes na promoção de uma reabilitação eficaz e humanizada (HARMSSEN *et al*, 2017; YANG *et al*, 2022).

CONCLUSÃO

A reflexão sobre esta experiência evidencia que a sexualidade deve ser entendida como um indicador de saúde e bem-estar, não podendo ser dissociada do processo de reabilitação. O papel do enfermeiro de reabilitação ultrapassa a mera dimensão física, integrando o apoio psicossocial e educativo, de modo a promover uma recuperação plena, respeitando a individualidade e a dignidade da pessoa. A inclusão da sexualidade no plano de cuidados representa não apenas uma prática baseada na evidência, mas também uma expressão de cuidado ético, humanizado e centrado na pessoa.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Nós, autores deste artigo, declaramos que não possuímos conflitos de interesses de natureza financeira, comercial, política, académica ou pessoal.

REFERÊNCIAS

- ALARCÃO, Isabel. Professores reflexivos em uma escola reflexiva. Cortez editora, 2022.
- BANNING, Maggi. Clinical reasoning and its application to nursing concepts and research studies. **Nurse Education in Practice**, 8 (3), 177-183, 2008. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2007.06.004>
- BERG, U.; BERG, M.; ROLFSON, O.; ERICHSEN ANDERSSON, A. Fast-track program of elective joint replacement in hip and knee patients: Experiences of health care professionals and patients. **Journal of Orthopaedic Surgery and Research**, 14, 186, 2019. DOI: <https://doi.org/10.1186/s13018-019-1221-0>.
- BETTENCOURT, M.; AFONSO, C.; GONÇALVES, L. Condução automóvel, actividade sexual e desporto após artroplastia total da anca – Como e quando iniciar? **Revista da Sociedade Portuguesa de Medicina Física e de Reabilitação**, 26(2), 41–47, 2014.
- HARMSSEN, R. E. *et al.* Patient sexual function and hip replacement surgery. **International Orthopaedics**, 41(12), 2537–2543, 2017. DOI: <https://doi.org/10.1007/s00264-017-3473-7>.
- HARMSSEN, R. E. *et al.* Perceptions on sexual activity after total knee and total hip arthroplasty: A mixed-method study of patients, partners and surgeons. **OrthoJournal**, 2023. Disponível em: <https://www.orthojournal.org/articles/perceptions-on-sexual-activity-after-total-knee-and-total-hip-arthroplasty-a-mixed-method-study-of-patients-partners-and-surgeons.html>.
- NABAIS, A.; CARDOSO, T.; SANTOS, A.; LOPES DA COSTA, V.; SÁ, M. do C. Perioperatório da pessoa submetida a artroplastia da anca – Rapid review sobre os benefícios da enfermagem de reabilitação. **New Trends in Qualitative Research**, 18, e861, 2023. DOI: <https://doi.org/10.36367/ntqr.18.1023.e861>.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de reabilitação**. Disponível em: https://www.ordemdosenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/2015/MCEER_Assembleia/Core_Indicadores_por_Categoria_de_Enunciados_Descrit_PQ CER.pdf. Acesso em: 06 nov. 2025.
- ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação**. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros, 2010.
- PINA, B. M. V.; BAIXINHO, C. L. Vantagens da consulta pré-operatória na reabilitação da pessoa submetida a artroplastia da anca: Revisão integrativa da literatura. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação**, 3(1), 42–48, 2020. DOI: <https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.n1.5.5758>.
- ROUGEREAU, G.; RABOT, C.; DE THOMASSON, E.; TOURABALY, I.; MAZEL, C.; LANGLAIS, T.; OLLAT, D. Sexual activity resumption after total hip arthroplasty: A satisfaction survey in 101 patients. **Orthopaedics & Traumatology: Surgery & Research**, 108, 103171, 2022. DOI: <https://doi.org/10.1016/j.otsr.2021.103171>.

WALL, PETER *et al.* Sexual activity and total hip arthroplasty: a survey of patients' and surgeons' perspectives. **HIP International**, (21)2, 199-205, 2011. DOI: <https://doi.org/10.5301/HIP.2011.6518>

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Sexual health, human rights and the law .2015**. Disponível em: <https://iris.who.int/handle/10665/175556>. Acesso em: 06 nov.2025.

YANG, D. *et al.* Sexual function and sexual activity in young total hip arthroplasty patients. **Frontiers in Surgery**, 9, 960721, 2022. DOI: <https://doi.org/10.3389/fsurg.2022.960721>.

ZHENG, J.; LIU, C.; LI, Y. Knowledge, attitude, and practice of nurses toward sexual guidance on patients after total hip replacement: Preliminary survey results. **American Journal of Nursing Science**, 9(3), 181–185, 2020. DOI: <https://doi.org/10.11648/j.ajns.20200903.29>.

PSICOEDUCAÇÃO EM SAÚDE: ESTRATÉGIAS PARA PREVENÇÃO DOS PROBLEMAS LIGADOS AO ÁLCOOL EM S. TOMÉ E PRÍNCIPE

Gabriel dos Santos Ferreira¹;

Unidade Local de Saúde de São José, Lisboa, Portugal.

<https://orcid.org/0000-0001-9011-202X>

Bruna Jarimba²;

Associação Helpo, Cascais, Portugal.

Teresa Mota³;

Unidade Local de Saúde de São José, Lisboa, Portugal.

João Cabral Fernandes⁴;

Sociedade Portuguesa de Alcoologia, Lisboa, Portugal.

Catarina Sousa⁵;

NOVA Medical School - Faculdade de Ciências Médicas, Lisboa, Portugal.

Francisca Grilo⁶;

NOVA Medical School - Faculdade de Ciências Médicas, Lisboa, Portugal.

Joana Teixeira⁷.

Faculdade de Medicina da Universidade de Lisboa, Portugal e Instituto para os Comportamentos Aditivos e Dependências I.P., Lisboa, Portugal.

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

RESUMO: Os problemas ligados ao álcool constituem um dos principais desafios de saúde pública a nível global, com impacto significativo na morbilidade, mortalidade e nos custos sociais e económicos associados. Em contextos de países de baixo e médio rendimento, a limitação de recursos especializados e a escassez de formação específica dos profissionais de saúde reforçam a importância de estratégias preventivas baseadas na capacitação e na promoção da literacia em saúde. A psicoeducação em saúde assume, neste enquadramento, um papel central na prevenção, deteção precoce e intervenção nos problemas ligados ao álcool. O presente estudo teve como objetivo avaliar o impacto de uma formação semiestruturada em psicoeducação sobre problemas ligados ao álcool dirigida a estudantes e profissionais de saúde em São Tomé e Príncipe. Foi realizado um estudo quantitativo, quase-experimental, com avaliação pré e pós-intervenção, através da aplicação de um questionário de conhecimentos composto por 10 itens de resposta “verdadeiro”,

“falso” ou “não sei”. A amostra foi constituída por 108 participantes, maioritariamente do sexo feminino, com idade média de 26,4 anos. Os resultados evidenciaram um aumento significativo das respostas corretas após a formação, acompanhado por uma redução expressiva das respostas erradas e das respostas de desconhecimento. A melhoria foi particularmente relevante no reconhecimento de conceitos fundamentais da alcoologia e de instrumentos de rastreio precoce, como o AUDIT. Estes resultados reforçam a relevância da psicoeducação estruturada como ferramenta eficaz de capacitação dos profissionais de saúde e como eixo fundamental das estratégias de prevenção dos problemas ligados ao álcool em contextos de saúde pública.

PALAVRAS-CHAVE: Psicoeducação em saúde. Problemas ligados ao álcool. Formação de profissionais.

HEALTH PSYCHOEDUCATION: STRATEGIES FOR THE PREVENTION OF ALCOHOL-RELATED PROBLEMS IN SÃO TOMÉ AND PRÍNCIPE

ABSTRACT: Alcohol-related problems represent one of the major global public health challenges, with substantial impacts on morbidity, mortality, and associated social and economic costs. In low- and middle-income countries, limited access to specialized services and insufficient professional training highlight the need for preventive strategies focused on capacity building and health literacy promotion. Within this framework, health psychoeducation plays a key role in prevention, early detection, and intervention regarding alcohol-related problems. This study aimed to evaluate the impact of a semi-structured psychoeducational training program on alcohol-related problems delivered to health students and professionals in São Tomé and Príncipe. A quantitative quasi-experimental design with pre- and post-intervention assessment was adopted, using a 10-item knowledge questionnaire with “true”, “false”, or “don’t know” response options. The sample included 108 participants, predominantly female, with a mean age of 26.4 years. The results showed a significant increase in correct responses after the training, along with a marked reduction in incorrect and “don’t know” responses. Improvements were particularly evident in core alcohol-related concepts and in the identification of early screening tools, such as the AUDIT. These findings support the effectiveness of structured psychoeducational training for health professionals and underscore its relevance as a cornerstone of alcohol-related problem prevention strategies in public health settings.

KEY-WORDS: Health psychoeducation. Alcohol-related problems. Professional training.

INTRODUÇÃO

A psicoeducação em saúde corresponde a uma intervenção estruturada que integra informação científica baseada em evidência com estratégias de capacitação cognitiva e

comportamental, visando promover a literacia em saúde, a autonomia dos indivíduos e a adoção de comportamentos saudáveis. Esta abordagem tem sido amplamente utilizada em diferentes áreas da saúde, demonstrando benefícios na prevenção de doenças, na adesão terapêutica, na redução do estigma e na melhoria dos resultados clínicos. (COTTER *et al.*, 2020; GREEN *et al.*, 2025)

Os problemas ligados ao álcool constituem uma das principais causas evitáveis de doença e morte a nível mundial, estando associados a um vasto conjunto de consequências médicas, psicológicas e sociais. (PEREIRA *et al.*, 2024) Para além do impacto direto na saúde individual, o consumo nocivo de álcool representa um fator relevante de sobrecarga dos sistemas de saúde, de absentismo laboral e de disfunção familiar e comunitária. A prevenção e a deteção precoce assumem, assim, um papel central nas políticas de saúde pública contemporâneas.

Em contextos como o de São Tomé e Príncipe, caracterizados por recursos limitados e por uma reduzida disponibilidade de serviços especializados em saúde mental e alcoologia, os profissionais de saúde da linha da frente desempenham um papel determinante na identificação precoce e na intervenção inicial nos problemas ligados ao álcool. (JARIMBA, 2025) Contudo, diversos estudos têm demonstrado a existência de lacunas significativas ao nível dos conhecimentos, atitudes e práticas destes profissionais relativamente ao consumo de álcool e às suas consequências. (ROMERO-RODRIGUEZ *et al.*, 2020; GREEN *et al.*, 2025; ADELMAN-MULLALLY *et al.*, 2021)

Neste enquadramento, a formação em psicoeducação dirigida a estudantes e profissionais de saúde surge como uma estratégia prioritária para reforçar competências, melhorar a qualidade das intervenções preventivas e potenciar a utilização de instrumentos de rastreio e intervenção breve. O presente estudo teve como objetivo avaliar o impacto de uma formação em psicoeducação no aumento do nível de conhecimento sobre problemas ligados ao álcool em São Tomé e Príncipe.

METODOLOGIA

Foi desenvolvido um estudo de abordagem quantitativa, de natureza aplicada, com objetivos descritivos e avaliativos, recorrendo a um delineamento quase-experimental com avaliação pré e pós-intervenção. O estudo decorreu em São Tomé e Príncipe, no âmbito de uma ação formativa dirigida a estudantes e profissionais de saúde.

A população-alvo incluiu estudantes e profissionais das áreas de Enfermagem, Psicologia e Nutrição, selecionados por conveniência. A amostra foi constituída por 108 participantes, que aceitaram voluntariamente participar no estudo após esclarecimento dos objetivos e procedimentos da investigação.

A intervenção consistiu numa formação em psicoeducação sobre problemas ligados ao álcool, com a duração de dois dias consecutivos. A formação integrou componentes

teóricas e um workshop, onde foram abordadas temáticas como “tipos de consumo de álcool”, “Particularidades do consumo de álcool nas mulheres”, “Perturbações do uso de álcool – rastreio, diagnóstico e tratamento”, “Entrevista Motivacional”, “Aconselhamento e Intervenções breves” e “Unidades de tratamento especializado para perturbações de uso do álcool”, ministradas por dois médicos psiquiatras com experiência na área da alcoologia. Os conteúdos abordaram conceitos fundamentais sobre consumo de álcool, consequências clínicas e psicossociais, critérios diagnósticos, instrumentos de rastreio precoce e estratégias de prevenção e intervenção breve.

A recolha de dados foi realizada através da aplicação de um questionário de conhecimentos composto por 10 itens, com opções de resposta “verdadeiro”, “falso” ou “não sei”, aplicado imediatamente antes e após a formação. A análise dos dados foi efetuada com recurso a estatística descritiva, utilizando o software SPSS™, permitindo comparar a distribuição das respostas nos dois momentos de avaliação.

RESULTADOS

A amostra foi constituída por 108 participantes (4 excluídos por respostas incompletas ao questionário), maioritariamente do sexo feminino (80%), com idade média de 26,4 anos. Antes da intervenção, observaram-se lacunas relevantes ao nível do conhecimento sobre problemas ligados ao álcool, traduzidas numa proporção significativa de respostas erradas e de respostas “não sei” em vários itens do questionário.

Após a formação, verificou-se um aumento global das respostas corretas, passando de 77,8% no momento pré-intervenção para 85,5% no momento pós-intervenção. Em paralelo, registou-se uma redução global de aproximadamente 31% das respostas “erradas” e “não sei”. As melhorias mais expressivas foram observadas nos itens relacionados com a identificação de instrumentos de rastreio precoce, nomeadamente o AUDIT, bem como no reconhecimento de conceitos essenciais associados aos problemas ligados ao álcool e às estratégias de prevenção.

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos evidenciam que a formação em psicoeducação teve um efeito positivo no aumento do conhecimento de estudantes e profissionais de saúde sobre problemas ligados ao álcool. A redução significativa das respostas erradas e de desconhecimento sugere não apenas uma aquisição de novos conhecimentos, mas também uma maior segurança conceptual dos participantes relativamente aos temas abordados.

A melhoria observada no reconhecimento de instrumentos de rastreio precoce, como o AUDIT, é particularmente relevante do ponto de vista da prática clínica, uma vez que a utilização sistemática destes instrumentos pelos profissionais de saúde constitui um dos pilares da deteção precoce e da intervenção breve. Estes achados estão em concordância

com a literatura internacional, que demonstra que a formação estruturada dos profissionais de saúde se associa a melhorias nas atitudes, práticas e taxas de identificação de consumo nocivo de álcool. (ADELMAN-MULLALLY *et al*, 2021; BERNSTEIN *et al*, 2023)

Em contextos de recursos limitados, como São Tomé e Príncipe, a capacitação dos profissionais de saúde assume um papel ainda mais central, funcionando como uma estratégia eficaz e economicamente viável para a prevenção dos problemas ligados ao álcool. (JARIMBA, 2025) Apesar das limitações inerentes ao delineamento quase-experimental e à ausência de um grupo de controlo, os resultados sugerem que intervenções formativas relativamente breves podem produzir ganhos relevantes ao nível do conhecimento.

Futuros estudos poderão aprofundar estes resultados através da avaliação do impacto a médio e longo prazo da formação, bem como da sua tradução em mudanças efetivas nas práticas clínicas e nos comportamentos de rastreio e intervenção.

CONCLUSÃO

A psicoeducação em saúde demonstrou ser uma estratégia eficaz para aumentar o nível de conhecimento de estudantes e profissionais de saúde sobre problemas ligados ao álcool em São Tomé e Príncipe. A formação semiestruturada contribuiu para melhorar a compreensão de conceitos fundamentais da alcoologia e para reforçar a capacidade de identificação precoce do consumo nocivo de álcool.

Os resultados obtidos reforçam a importância de integrar programas de formação em psicoeducação nas estratégias de saúde pública, particularmente em contextos com limitações de recursos especializados. A capacitação dos profissionais de saúde constitui um eixo fundamental para a prevenção, deteção precoce e intervenção nos problemas ligados ao álcool, com potencial impacto positivo na saúde individual e coletiva.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

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

REFERÊNCIAS

ADELMAN-MULLALLY, T.; KERBER, C.; REITZ, O. E.; KIM, M. Alcohol abstinence self-efficacy and recovery using Alcoholics Anonymous®: an integrative review of the literature. **Journal of Psychosocial Nursing and Mental Health Services**, v. 59, n. 12, p. 33–39, 2021. DOI: 10.3928/02793695-20210324-05.

BERNSTEIN, E. Y.; PFOH, E. R.; LE, P.; ROTHBERG, M. B. Relationship between primary care providers' perceptions of alcohol use disorder and pharmacotherapy prescribing rates.

Alcohol and Alcoholism, v. 58, n. 1, p. 54–59, 2023. DOI: 10.1093/ /agac057.

COTTER, T. G.; AYOUB, F.; KING, A. C.; REDDY, K. G.; CHARLTON, M. Practice habits, knowledge, and attitudes of hepatologists to alcohol use disorder medication: sobering gaps and opportunities. **Transplantation Direct**, v. 6, n. 10, e603, 2020. DOI: 10.1097/TXD.0000000000001054.

GREEN, F. O.; HARLOWE, A. K.; EDWARDS, A.; ALFORD, D. P.; CHOIXI, H.; GERMAN, J. S.; LING, D.; PAWLUKIEWICZ, I.; PETERSON, R.; VON STERNBERG, K.; VELASQUEZ, M. M. Multi-level approaches to fetal alcohol spectrum disorders prevention education and training for health professionals. **Substance Use and Addiction Journal**, v. 46, n. 2, p. 430–438, 2025. DOI: 10.1177/29767342241273397.

JARIMBA, B. Sem riscos de género – prevenir, reabilitar e reinserir as mulheres com problemas ligados ao álcool, em São Tomé e Príncipe. **Revista Portuguesa de Alcoologia**, 2025. v. 6, n. 2, p. 36–39. Disponível em: https://spalcoologia.pt/wp-content/uploads/2025/11/SPA_REVISTA_V6N2.pdf. Acesso em: 1 dez. 2025.

MATOS PEREIRA, I.; VIDÓ, I.; NOGUEIRA, V.; TEIXEIRA, J. Intervenção no consumo de álcool durante a gravidez em Portugal. **Acta Médica Portuguesa**, v. 37, n. 3, p. 237–238, 2024. DOI: <https://doi.org/10.20344/amp.21059>.

ROMERO-RODRÍGUEZ, E.; PÉRULA DE TORRES, L. Á.; RUIZ MORAL, R.; FERNÁNDEZ GARCÍA, J. Á.; PARRAS REJANO, J. M.; ROLDÁN VILLALOBOS, A.; CAMARELLES GUILLEM, F. Training health providers to address unhealthy alcohol use in primary care: a cross-sectional, multicenter study. **BMC Health Services Research**, v. 20, art. 877, 2020. DOI: 10.1186/s12913-020-05730-4.

ÍNDICE REMISSIVO

A

Adaptação funcional · 149, 152

Alucinação · 75, 87

Ambientes acadêmicos · 29, 61, 63

Ansiosos · 61, 66

Apoio · 2, 17, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 39, 40, 47, 63, 64, 68, 70, 71, 89, 101, 106, 109, 112, 114, 115, 117, 119, 120, 121, 123, 124, 125, 130, 132, 139, 141, 142, 143, 153, 154, 155

Artroplastia · 148, 151

Assédio · 61, 63, 65, 67, 68, 69, 70

Atividade Física · 94, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102

Autoconfiança · 149, 152, 155

Autonomia · 3, 5, 6, 10, 17, 23, 56, 63, 99, 133, 160

Autorregulação · 21, 29, 33, 34, 38, 39, 98

B

Bem-estar global · 16, 89, 149, 152

Bem-estar psicológico · 13, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 48

Burnout · 2, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 30, 33, 36, 38, 66, 72, 115

C

Ciclo de vida · 46, 61, 94, 98, 100, 101, 132, 133

Cirurgia · 44, 45, 49, 50, 51, 53, 149, 153, 154

Cirurgia de ambulatório · 44, 45

Cirurgia ortopédica · 149, 153, 154

Comunicação terapêutica · 4, 154

Condição de saúde · 44, 45

Consumo de álcool · 61, 64, 67, 69, 70, 71, 160, 161, 164

Consumo de substâncias · 2, 63, 74, 77, 80, 81, 88, 89, 90

Crise · 4, 10, 15, 36, 40, 109, 113, 115, 116, 117, 123, 125

Cuidado especializado · 149

Cuidadores · 130, 132, 135, 138, 139, 141, 142

Cuidados de enfermagem · 75, 76, 80

Cuidados de saúde · 5, 8, 11, 44, 45, 46, 47, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 81, 98, 116, 147

Cuidados de Saúde Primários (CSP) · 105

Custos em saúde · 44, 45, 53, 55

D

Depressivos · 61, 66

Desastres · 105, 107, 108, 109, 111, 112, 114, 116, 120, 121, 123, 124, 125

Desenvolvimento físico · 130, 132

Desenvolvimento Sustentável · 95, 99, 132

Desrespeito · 4, 5, 6

Dignidade · 3, 5, 6, 10, 155

Doentes · 3, 6, 7, 8, 9, 10, 11

E

Educação não violenta · 130, 132, 133, 134, 136, 137, 138, 139, 140, 142, 144

Emergências · 2, 16, 105, 108, 109, 112, 114, 116, 117, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125

Empatia · 4, 6, 9, 11, 138

Enfermagem · 7, 8, 14, 17, 18, 19, 22, 24, 26, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 59, 61, 66, 74, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 86, 88, 90, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 106, 120, 121, 130, 132, 134, 139, 142, 145, 146, 151, 154, 156

Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER) · 149

Ensino superior · 29, 30, 37, 38, 40, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 69, 71

Episódio psicótico · 75, 76, 77, 78, 79, 80, 85, 86, 90

Equilíbrio emocional · 21, 29

Equipas de Saúde Escolar (ESS) · 105

Estratégias de prevenção · 4, 115, 159, 161, 162

Estudantes · 2, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 61, 63, 64, 65, 66, 67, 69, 70, 71, 101, 120, 149, 153, 158, 161, 162, 163

Exercício físico · 36, 89, 94, 99, 101

Experiências vivenciadas · 3, 6, 7, 149

G

Gasto energético · 94, 96

Gestão · 14, 17, 18, 19, 20, 34, 35, 39, 44, 45, 47, 49, 50, 51, 53, 88, 99, 109, 110, 115, 116, 120, 125, 143,

I

Ideação suicida · 61, 71

Intervenções de enfermagem · 75, 77, 100, 145

L

Literacia em saúde · 31, 38, 40, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 65, 70, 106, 112, 114, 123, 124, 125, 158, 160

Literacia física · 94, 97, 98, 100, 102

M

Manutenção de profissionais · 13

Medidas coercivas · 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11

Mitigação de riscos · 106, 112, 123, 124, 125

Morbilidade · 158

Mortalidade · 158

N

Níveis de *burnout* · 14

Níveis de sedentarismo · 94

O

Ortopedia · 149, 152

P

Parentalidade positiva · 2, 130, 132, 133, 134, 136, 137, 142, 144, 145

Perda de controlo · 4

Planeamento · 36, 37, 44, 48, 51, 53, 101, 106, 110, 112, 113, 114, 121, 124

Plano de cuidados · 75, 78, 86, 87, 90, 155

Pré-operatória · 2, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 52, 53, 54, 57, 59, 156

Pressões académicas · 61

Prevenção de complicações · 47, 50, 52, 149, 151, 153

Processo de reabilitação · 149, 151, 152, 155

Profissionais de saúde · 2, 3, 5, 6, 7, 13, 15, 16, 18, 22, 50, 51, 54, 55, 57, 77, 85, 97, 110, 123, 154, 158, 160, 161, 162, 163

Programa psicoterapêutico · 14, 18, 19, 22

Prótese · 149, 151, 152, 153

Psicoeducação em saúde · 158, 160, 163

Psicoeducação estruturada · 159

Psicose · 75, 79

Q

Qualidade de vida · 16, 30, 35, 38, 46, 94, 97, 98, 149, 151, 152

Qualidade dos cuidados · 13, 15, 16, 23, 45, 53, 66, 90, 156

Questões éticas · 3

R

Reabilitação · 99, 100, 148, 149, 152, 153, 155, 156

Reabilitação funcional · 149

Repouso · 94, 96

Respeito · 3, 10, 11, 78, 86, 89, 137

S

Satisfação profissional · 15, 21, 44, 55

Saúde Escolar · 105, 106

Saúde especiais · 106, 112

Saúde familiar · 130, 132

Saúde integral · 94, 149

Saúde mental · 2, 3, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 13, 15, 16, 17, 18, 19, 22, 23, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 38, 39, 40, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 70, 71, 78, 85, 90, 106, 115, 117, 119, 124, 140, 141, 160

Saúde pública · 61, 71, 94, 97, 98, 102, 105, 107, 112, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 124, 130, 132, 139, 158, 160, 163

Sedentarismo · 95, 96, 98, 99, 102

Segurança · 3, 6, 7, 8, 10, 11, 16, 21, 23, 34, 45, 46, 52, 53, 54, 65, 89, 107, 143, 152, 153, 154, 162

Serviços de proteção infantil · 130, 139, 140, 141

Sexualidade · 149, 152, 153, 154, 155

Sistemas de saúde, · 15, 95, 102, 160

Sobrecarga · 15, 16, 29, 35, 38, 124, 160

Sufrimento emocional · 4, 29

Sufrimento psíquico · 15, 61, 66

Sono · 33, 35, 36, 37, 38, 61, 63, 64, 66, 69, 70, 71, 79, 89

Stress acad mico · 29, 38, 63, 64, 71

Substâncias · 74, 76, 77, 79, 80, 84, 87, 88, 140

Suporte informal · 29

Surto psicótico · 74, 77, 81, 88

Sustentabilidade · 16, 21, 23, 40, 95, 102

T

Transições desenvolvimentais · 61

U

Unidade de psiquiatria · 75

V

Vigilância epidemiológica · 106, 109, 112

Violência · 61, 63, 65, 70, 71, 130, 132, 133, 134, 140, 141, 144, 145, 146

Violência contra crianças · 130, 132, 133, 144, 145, 146

Violência infantil · 130, 134

Vulnerabilidade · 17, 20, 29, 30, 31, 32, 33, 35, 36, 39, 40, 51, 71, 112, 123, 125, 130, 132, 133, 134, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 144

Vulnerabilidade social · 130, 132, 133, 134, 136, 137, 138, 139, 140, 144

W

World Café · 29, 30, 31, 32, 41, 42



contato@editoraomnisscientia.com.br 

https://editoraomnisscientia.com.br/ 

@editora_omnis_scientia 

https://www.facebook.com/omnis.scientia.9 

+55 87 99920-5762 



contato@editoraomnisscientia.com.br 

<https://editoraomnisscientia.com.br/> 

@editora_omnis_scientia 

<https://www.facebook.com/omnis.scientia.9> 

+55 87 99920-5762 