PROBLEMÁTICAS DE SAÚDE NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

DIVERSIDADE DE PERSPECTIVAS E CONTEXTOS

Autores:
Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de Sá
Maria Madalena da Silva Ferreira Salgado de Oliveira
Laura Maria Monteiro Viegas
Cristina Maria Rosa Jeremias
José Edmundo Xavier Furtado de Sousa
Lina Maria de Jesus Antunes Cabaço
Fátima Moreira Rodrigues
Amâncio António de Sousa Carvalho
Anabela Salgueiro-Oliveira
Olga Maria Martins de Sousa Valentim

EDITORA OMNIS SCIENTIA

Volume 1

PROBLEMÁTICAS DE SAÚDE NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA

DIVERSIDADE DE PERSPECTIVAS E CONTEXTOS

Autores:
Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de Sá
Maria Madalena da Silva Ferreira Salgado de Oliveira
Laura Maria Monteiro Viegas
Cristina Maria Rosa Jeremias
José Edmundo Xavier Furtado de Sousa
Lina Maria de Jesus Antunes Cabaço
Fátima Moreira Rodrigues
Amâncio António de Sousa Carvalho
Anabela Salgueiro-Oliveira
Olga Maria Martins de Sousa Valentim

EDITORA OMNIS SCIENTIA

Volume 1

Editora Omnis Scientia

PROBLEMÁTICAS DE SAÚDE NA SOCIEDADE CONTEMPORÂNEA
DIVERSIDADE DE PERSPECTIVAS E CONTEXTOS

Volume 1

1ª Edição

TRIUNFO - PE

2022

Editor-Chefe
Me. Daniel Luís Viana Cruz
Autores
Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de Sá
Maria Madalena da Silva Ferreira Salgado de Oliveira
Laura Maria Monteiro Viegas
Cristina Maria Rosa Jeremias
José Edmundo Xavier Furtado de Sousa
Lina Maria de Jesus Antunes Cabaço
Fátima Moreira Rodrigues
Amâncio António de Sousa Carvalho
Anabela Salgueiro-Oliveira
Olga Maria Martins de Sousa Valentim
Conselho Editorial
Dr. Cássio Brancaleone
Dr. Marcelo Luiz Bezerra da Silva
Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão
Dr. Plínio Pereira Gomes Júnior
Dr. Walter Santos Evangelista Júnior
Dr. Wendel José Teles Pontes
Editores de Área - Ciências da Saúde
Dra. Camyla Rocha de Carvalho Guedine
Dra. Cristieli Sérgio de Menezes Oliveira
Dr. Leandro dos Santos
Dr. Hugo Barbosa do Nascimento
Dr. Marcio Luiz Lima Taga
Dra. Pauliana Valéria Machado Galvão
Assistente Editorial
Thialla Larangeira Amorim
Imagem de Capa
Freepik
Edição de Arte
Vileide Vitória Larangeira Amorim
Revisão
Os autores

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

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

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)
Lumos Assessoria Editorial
Bibliotecária: Priscila Pena Machado CRB-7/6971

P962 Problemáticas de saúde na sociedade contemporânea : diversidade de perspectivas e contextos : volume 1 [recurso eletrônico] / Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de Sá... [et al.]. — 1. ed. — Triunfo : Omnis Scientia, 2022.
Dados eletrônicos (pdf).

Inclui bibliografia.
ISBN 978-65-5854-626-9
DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9

1. Cuidados de saúde. 2. Enfermagem - Prática. 3. Serviços de saúde. 4. Medicina social. I. Sá, Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de. II. Oliveira, Maria Madalena da Silva Ferreira Salgado de. III. Viegas, Laura Maria Monteiro. IV. Jeremias, Cristina Maria Rosa. V. Sousa, José Edmundo Xavier Furtado de. VI. Cabaço, Lina Maria de Jesus Antunes. VII. Rodrigues, Fátima Moreira. VIII. Carvalho, Amâncio António de Sousa. IX. Salgueiro-Oliveira, Anabela. X. Título.

CDD 610.736

Editora Omnis Scientia
Triunfo – Pernambuco – Brasil
Telefone: +55 (87) 99656-3565
editoraomnisscientia.com.br
contato@editoraomnisscientia.com.br

EDITORA OMNIS SCIENTIA

PREFÁCIO

A coletânea de artigos que integram a obra com o título Problemáticas de saúde na sociedade contemporânea - Diversidade de perspectivas e contextos, publicada pela Editora Omnis Scientia, apresenta diversas temáticas do conhecimento na área da saúde e também das ciências sociais. Os estudos apresentados neste volume abordam temas atuais e de interesse para diferentes tipos de público.

Agradecemos aos autores por todo esforço e empenho na elaboração do e-book, desejando que os materiais divulgados possam contribuir para a fundamentação, discussão e olhares renovados sobre questões contemporâneas na área da saúde, que interessam a estes profissionais, em diferentes domínios, mas também a docentes, estudantes e investigadores, potenciando a reflexão em torno da saúde na atualidade.

Fatima Moreira Rodrigues

SUMÁRIO

CAPÍTULO 1.....10

CUIDADOS DE SAUDE CULTURALMENTE COMPETENTES-PRECONCEITO

José Edmundo Xavier Furtado de Sousa

DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/10-20

CAPÍTULO 2.....21

CUIDAR EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL NUMA PERSPETIVA MULTICULTURAL

Cristina Maria Rosa Jeremias

Maria dos Anjos Pereira Lopes

DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/21-39

CAPÍTULO 3.....40

O ACOLHIMENTO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA NO SERVIÇO HOSPITALAR DE EMERGÊNCIA

Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de Sá

DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/40-52

CAPÍTULO 4.....53

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA AUTOEFICÁCIA DO CUIDADOR FAMILIAR

Laura Maria Monteiro Viegas

DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/53-71

CAPÍTULO 5.....72

CIDADANIA (IN)VISÍVEL DA PESSOA EM CONDIÇÃO DE SEM-ABRIGO: PERCURSOS COM DIVERSOS ANDAMENTOS

Lina Maria de Jesus Antunes Cabaço

DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/72-88

CAPÍTULO 6.....89

A DIMENSÃO HOLÍSTICA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Amâncio António de Sousa Carvalho

DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/89-110

CAPÍTULO 7.....111

TRAJETÓRIA PEDAGÓGICA DE PROGRAMA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE SEXUAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Maria Madalena da Silva Ferreira Salgado de Oliveira

DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/111-124

CAPÍTULO 8.....125

MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA - FATORES QUE CONTRIBUEM PARA A CONTINUIDADE

Fátima Moreira Rodrigues

Cristina Maria Rosa Jeremias

DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/125-144

CAPÍTULO 9.....145

PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA CATETERIZAÇÃO VENOSA PERIFÉRICA: CONTRIBUTOS PARA A PREVENÇÃO DE INFECÇÕES

Anabela Salgueiro-Oliveira

Remy Cardoso

Beatriz Serembeque

Paulo Santos-Costa

Rafael A. Bernardes

Fernando Gama

David Adriano

Joana Bernardo

Liliana B. Sousa

Nádia Osório

João Graveto

Pedro Parreira

DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/145-161

CAPÍTULO 10.....162

CONHECIMENTOS ÚTEIS SOBRE PERTURBAÇÃO DO USO DE ÁLCOOL: CONTRIBUTOS PARA A LITERACIA FAMILIAR

Olga Maria Martins de Sousa Valentim

Lídia Susana Mendes Moutinho

Ana Isabel Fernandes Querido

João José Rolo Longo

Tânia Sofia Pereira Correia

Carlos António Laranjeira

DOI: 10.47094/978-65-5854-626-9/162-176

CAPÍTULO 1

CUIDADOS DE SAUDE CULTURALMENTE COMPETENTES-PRECONCEITO

José Edmundo Xavier Furtado de Sousa.

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

ORCID 0000-0003-2136-4471

https://www.cienciavitae.pt//pt/391E-661C-DE51

RESUMO: O Século XXI consolida-se como o da era da diversidade. A pobreza, os conflitos étnicos, religiosos e políticos levam à criação de um fenómeno de migração no mundo, onde as pessoas viajam e transportam a sua história e cultura para outras latitudes em busca de refúgio e melhores oportunidades de vida. Este é o novo panorama mundial, em que a diversidade cultural de cada país é marcada por singularidades culturais o que coloca grandes desafios aos profissionais de saúde, porque não só é difícil compreender os valores, as crenças, as tradições e as práticas de saúde das pessoas de quem cuidam, mas acresce a preocupação com o pouco êxito na adesão aos tratamentos ou até a rejeição a procedimentos que envolvem práticas de higiene, normas sociais ou atitudes que promovam estilos de vida mais saudáveis em populações migrantes. A capacitação e formação no exercício da competência cultural permitiriam que os profissionais de saúde, reconhecessem a própria procedência cultural e a dos seus clientes. Apreciar e ser sensível à forma como as pessoas compreendem e enfrentam os processos de saúde/doença e o impacto dos mesmos nos indicadores de saúde, facilitaria a construção de propostas de cuidados de saúde assentes nas crenças e valores das pessoas, as potencialidades que demonstram, recriam um Cuidado de Saúde com significado e aceitação por parte dessas mesmas pessoas. Consideramos que o desenvolvimento de competências que levem à prestação de um Cuidado de Saúde Culturalmente Competente, deverá (poderá) constituir uma característica fundamental na formação do profissional. O profissional de saúde, deverá ser capaz de saber refletir, raciocinar e agir centrado no cliente (pessoa, família, grupos), nas novas problemáticas de saúde que decorrem das profundas e permanentes mudanças sociais e no desenvolvimento de competências de intervenção no processo de cuidar ao nível da relação dual, interpessoal e grupal a imigrantes, na perspectiva da prestação de cuidados de saúde culturalmente competentes.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde. Competência. Cultura.

INTRODUÇÃO

As profissões ligadas à saúde têm como principal objetivo cuidar de pessoas, de famílias e de grupos e das relações que ocorrem dentro de cada sistema ou entre os sistemas, quer estes estejam em percursos saudáveis de vida ou a vivenciar situações desviantes. Nesta perspectiva a doença é encarada como um epifenômeno, um desvio a algo mais amplo que é a Saúde. Ao defendermos, o paradigma salutogénico em detrimento do patogénico, estamos a evidenciar um movimento em direção aos locais onde as pessoas vivem, às suas crenças, às características das comunidades onde estão inseridas, aos saberes que criaram ao longo dos tempos, oriundos das *maneiras de fazer*, para fazer face às dificuldades que lhes surgiam.

Foi este o suporte que nos fez decidir por trilhar este percurso. No entanto, e descentrando o nosso enfoque numa das muitas profissões de cuidadores de saúde, também a psicologia, a sociologia, a antropologia, a história, as ciências biomédicas e a sociedade civil do planeta se têm preocupado com esta questão, passando pelo político e pelo legislador.

Foi a globalização que levou à proximidade do outro, esse outro que, num passado recente, pertencia a um imaginário mantido pelas narrativas e pelas imagens. A mundialização esbateu as diferenças culturais entre os povos. Enquanto que no período anterior as identidades se manifestavam dentro dos próprios países, a troca massiva de pessoas e bens num mundo cada vez mais interativo leva a que as pequenas diferenças culturais entre os diferentes países se desocultem, porque passam a ter importância na relação entre as pessoas. Os significados e a simbologia mostram variações que podem levar a um outro entendimento do real, já não é apenas uma questão de linguagem, mas de semântica, ou seja, o estudo das mudanças que sofre a significação das palavras. Além de ser um facto nas relações entre as pessoas no quotidiano, estes aspetos revestem-se de particular importância nos percursos de investigação, na "facilidade" com que resvalamos para enviesamentos de origem semântica, devido precisamente às especificidades culturais atribuídas a determinados significados, o que WOLFGANG (2005:129) denominou de "… *métrica cultural*…". Os instrumentos de recolha de dados têm que ser construídos esbatendo e/ou anulando as conotações que se atribuem a palavras, imagens, atitudes, gestos, etc.

A acessibilidade aos sistemas de saúde está intimamente ligada a fatores políticos, económicos e sociais, onde a dialética bem-estar económica leva a um melhor estado de saúde e onde a pobreza favorece a doença. A vontade política é, por vezes, deficiente na instauração de medidas de justiça social. Portugal, enquanto membro da União Europeia, tem por obrigação conduzir a sua política de acordo com as diretivas dela emanadas, os compromissos políticos assumidos, obrigam à adoção de novas estratégias de desenvolvimento da saúde e a novos paradigmas. Esta nova postura está descrita na Lei de bases da saúde; **Lei n.º 48/90, de 24 de agosto, com as alterações introduzidas pela Lei n.º 27/2002, de 8 de novembro.** (base II, ponto 2): "a política de saúde tem carácter

evolutivo, adaptando-se permanentemente às condições da realidade nacional, às suas necessidades e aos seus recursos "

Quem confere cidadania é o Estado-Nação. O cidadão será alguém que pertence a uma comunidade nacional. O sentido de pertença está relacionado com a partilha de características comuns no seio de uma comunidade.

A Declaração Universal dos Direitos Humanos, proclamada pela Assembleia Geral das Nações Unidas, em 1948, no seu Artigo 25.º refere:

> (…) 1 - Toda a pessoa tem direito a um nível de vida suficiente para lhe assegurar e à sua família a saúde e o bem-estar, principalmente quanto à alimentação, ao vestuário, ao alojamento, à assistência médica e ainda quanto aos serviços sociais necessários, e tem direito à segurança no desemprego, na doença, na invalidez, na viuvez, na velhice ou noutros casos de perda de meios de subsistência por circunstâncias independentes da sua vontade (…)

O que está em causa não é determinar se o indivíduo é cidadão ou não, e por isso tem direitos e deveres no Estado em que está inserido, mas sim se independentemente da qualidade do vínculo desse indivíduo ao Estado tem ou não direitos e deveres relativamente a determinada assistência, no nosso caso particular à Saúde. O Artigo 25.º da Declaração Universal dos Direitos Humanos confere precisamente essa consignação transnacional do direito à proteção da saúde "Garantir a equidade no acesso dos utentes, com o objetivo de atenuar os efeitos das desigualdades económicas, geográficas e quaisquer outras no acesso aos cuidados". Este enquadramento pode (ou não) ser um elemento facilitador da integração do imigrante na sociedade de acolhimento, permitindo a satisfação das necessidades provenientes dos processos migratórios de uma forma culturalmente competente e saudável. MELEIS (2000), descreve, vulnerabilidade como uma experiência de transição, interações e condições ambientais que expõem o indivíduo a potenciais danos, recuperações complicadas ou prolongadas, ou ainda uma ineficaz ou pouco saudável capacidade de lidar (*coping*). O quotidiano dos clientes, ambiente e interações são formados pela natureza, condições, significações e experiências de processos de transição.

O que pretendemos com o capitulo deste livro, é provocarmos reflexão sobre a prestação de cuidados de saúde culturalmente competentes, a pessoas de culturas diferentes (muitas das vezes migrantes), quando o preconceito se mescla nessa prestação de cuidados de uma forma insidiosa, não detectável, seja no profissional de saúde, seja na pessoa cuidada.

METODOLOGIA

Na procura da sistematização da temática em estudo, foi elaborado um protocolo de pesquisa tendo por base os princípios metodológicos de uma revisão sistemática da literatura com base nas orientações constantes em THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE REVIEWERS' MANUAL (2015), na medida em que facilita a pesquisa e possibilita a seleção da melhor evidência permitindo, simultaneamente, decidir criteriosamente se a mesma é ou não aplicável nos contextos da prática. Para a formulação da pergunta, foi utilizada a metodologia PCC *(Population (or participants)/Concept/Context)* (quadro 1).

Quadro 1: Esquema PCC da *scoping review*

P	Immigrants	Hight vulnerability*(MeSH); "Health care" (and) (MeSH); Culture* (MeSH) (and); Competence* (MeSH) (and); Immigrants* (MeSH) (and); Community,
C	Community	
C	Health care Culture Competence	

Formulou-se a questão de partida: Quais os fatores/dimensões do preconceito que influenciam a prestação de cuidados de saúde culturalmente competentes?

Foram definidos critérios para inclusão de estudos na *scoping review*. Os critérios de inclusão (Quadro 2), também denominados critérios de elegibilidade, permitem especificar as características que delimitam a população do estudo, POLIT E BECK (2011).

Quadro 2: Critérios de Inclusão

Tipo de Estudo	Estudos Primários	Os estudos primários correspondem a investigações originais, sendo eles: relatos de caso; estudos de casos e estudos de casos e controles; estudo de coorte e ensaio clínico controlado randomizado, CAMPANA (1999).
	Estudos Empíricos	Estudos empíricos são estudos que integram um processo de recolha e tratamento de dados originais por parte do investigador, COUTINHO (2005).
Tipo de Participantes	Estudos que relatam resultados referentes a populações imigrantes	
Tipo de intervenção	Estudos que investigam os fatores/dimensões relacionados com a prestação de cuidados de saúde culturalmente competentes	Serão considerados os estudos relacionados com a prestação de cuidados de saúde culturalmente competentes que influenciam a saúde de populações imigrantes, na comunidade.

Depois da questão de partida identificada e aplicados os critérios de inclusão, iniciou-se a etapa da identificação dos estudos. Nesta, foram utilizadas as fontes *CINAHL*® (EBSCO HOST® via ESEL) e *MEDLINE*® (EBSCO HOST® via ESEL), para identificar todos os estudos que, segundo critérios pré-estabelecidos, pudessem vir a ser incluídos na *scoping review*. Desta forma, tornou-se necessário definir os termos da pesquisa, que devem incluir todos os itens-chave da pergunta da *scoping review*. Consequentemente, para a identificação e seleção dos estudos relevantes a incluir na *scoping review*, isolaram-se os conceitos relativos aos participantes, à intervenção e aos resultados pretendidos, de modo a definir assim, um conjunto de sinónimos e de termos relacionados que, por intersecção, levariam à obtenção da frase booleana. Recorreu-se, então, aos descritores do MeSH Browser®.

Numa fase inicial da identificação dos estudos, obtiveram-se vinte e cinco referências. Os estudos foram avaliados quanto à qualidade metodológica de acordo com as recomendações

Após teste de relevância, foram excluídos treze artigos, quatro por serem estudos secundários e nove estudos por não apresentarem população imigrante. Dos restantes, foi elaborada análise e avaliação crítica, através da sua leitura integral. Constatou-se que doze artigos versavam sobre aspetos relevantes da temática.

RESULTADOS

Os resultados foram agrupados em torno de três categorias: o conceito de preconceito; o preconceito centrado no cuidador e o preconceito centrado na pessoa cuidada.

O conceito de preconceito

Segundo, LIPPMANN (2008) os preconceitos seriam como fotografias dentro da nossa cabeça, que seriam despoletadas a reagir quando reconheciam um pormenor que fizesse parte da fotografia. Posteriormente a esta definição, outros autores vieram demonstrar o carácter necessário do preconceito, pois é através dos preconceitos que simplificamos a informação proveniente de uma estimulação humana rica e complexa. Esta simplificação têm um preço a pagar, a generalização resultante da representação mental pré-elaborada, leva-nos a uma distorção na percepção da estrutura do mundo real. Como refere LIPPMANN (1922/1961:16):

> "For the real environment is altogether too big, too complex, and too fleeting for direct acquaintance. We are not equipped to deal with so much subtlety, so much variety, so many permutations and combinations. And although we have to act in that environment, we have to reconstruct it on a simpler model before we can manage with it. To traverse the world men must have maps of the world"

O preconceito é um pré-julgamento baseado num conhecimento inadequado, geralmente baseado em estereótipos, podendo ser consciente ou inconsciente, SPARKMAN (2016).

Frequentemente, o preconceito é confundido com discriminação ou com formas de opressão como racismo e sexismo, a discriminação e a opressão caracterizam o comportamento de grupos poderosos voltados para os mais frágeis, independentemente do aspeto referido, qualquer pessoa pode ser preconceituosa, KRYSAN (2009).

O preconceito define-se como um comportamento adverso para com um indivíduo, apenas pelo facto de este pertencer a um grupo socialmente desvalorizado, como por exemplo: mulheres; homossexuais; idosos; gordos; deficientes físicos e/ou mentais; entre outros.

Entre as várias formas possíveis de preconceito, pode encontrar-se o preconceito racial e/ou étnico, que se dirige a grupos definidos pelas suas características físicas ou fenotípicas. Este é um tipo de preconceito que se pode definir como uma repulsa baseada numa generalização rígida, que pode ser sentida ou expressa, dirigida a um grupo como um todo ou a um indivíduo por fazer parte daquele grupo, VALA (2004).

O preconceito centrado no cuidador

O preconceito pode influenciar a forma como apreciamos a pessoa cuidada, pode levar a que se ignore informação, que confrontem a ideia preconcebida. Caso tenhamos a ideia que os rapazes têm que ser duros e indisciplinados podemos atribuir o choro dos rapazes à raiva, fúria, não permitindo que o relacionemos com a empatia com outra pessoa ou o medo de algo. Quando o preconceito leva a apreciações imprecisas ou incompletas, interfere com a apreciação da pessoa cuidada, prejudicando a prestação de cuidados de saúde de qualidade, HARE-MUSTIN (1987).

O profissional de saúde pode não ter consciência do preconceito, no entanto este facto não minimiza o impacto que o mesmo pode ter seja no diagnóstico, seja na intervenção ou mesmo na avaliação do plano de cuidados. Os profissionais de saúde (homens) podem minimizar a intensidade da dor nas mulheres, podem pressupor que as mulheres podem estar a fingir ou exagerar a manifestação da dor, ou que estão reagindo com uma emoção excessiva a uma dor de baixa intensidade, esta postura leva a apreciações enviesadas e incorretas, FASSLER (2015) e HOFFMANN (2003).

O preconceito de que os idosos são doentes, lentos ou desinteressados em aprender coisas novas pode interferir na elaboração de planos de cuidados de enfermagem, levando a não adequar os cuidados às reais necessidades dos idosos, porque é suposto que não são capazes de executar, ou que compreenderem. Os mais jovens também podem ser alvo de preconceito, quando os apelidamos de desinformados, ignorantes ou impulsivos, esta postura pode levar os profissionais de saúde a ignorá-los

ou a depreciá-los.

O profissional de saúde não está blindado ao preconceito, na sua formação académica, estas áreas foram desenvolvidas de uma forma muito superficial. O preconceito pode interferir na clareza da elaboração do diagnóstico, no rigor da intervenção e na lucidez na avaliação dos cuidados.

O preconceito centrado na pessoa cuidada

Tem sido situações menos investigadas as centradas no preconceito das pessoas cuidadas, situações em que as pessoas cuidadas têm preconceitos relativamente aos profissionais de saúde. Em particular os enfermeiros, devido ao contacto direto e prolongado com as pessoas que necessitam dos seus cuidados, costumam ser expostos a comportamentos que variam de comentários pouco abonatórios, desprezo ou mesmo à rejeição. ANDREAE, SOOD, DELLASEGA (2018) criaram um termo que depois de traduzido ficará algo próximo de PPRC (Pessoa/Paciente Preconceito em Relação ao Cuidador) e traduz uma dinâmica em que os profissionais de saúde são tratados com preconceito com base no seu género, etnia, tradição religiosa ou país de origem. Estes comportamentos muitas vezes dissimulados podem levar a dilemas éticos, porque muitas vezes são difíceis de identificar, quando os doentes inquirem uma enfermeira negra que entra na sala "De onde você é?" podem estar a ser curiosos ou desconfiados, mas solicitar a substituição de um enfermeiro negro é uma situação mais óbvia.

Mas, existe uma outra forma de construção do preconceito, não de uma forma tão óbvia como acima foi referido. Ora vejamos: TAYLOR (1994) refere que, quando o reconhecedor tece uma construção social-mental do reconhecido, de uma forma deturpada, lança sobre o outro que é reconhecido, uma construção identitária incorreta, que o estigmatiza, que o faz sofrer, que o diminui, que o faz sentir inferior, que o faz sentir não participante.

São ricos os exemplos a que o autor recorre, desde os movimentos feministas, passando pelos negros, pelos indígenas e povos colonizados. O denominador comum é, como através do reconhecimento político incorreto, a projeção de características que os depreciaram, aviltaram ao longo dos tempos, o que, por vezes, levou a uma impregnação destas falsas ideias, ao ponto de estes reconhecidos reconstruírem uma identidade baseada nestes dados e autoproclamarem-se de inferiores. O respeito perante o outro não será uma deferência social, mas uma necessidade humana básica.

CAMILLERI (1989:383) sobre este assunto:

> "... la négativation réfère à l´intériorisation, par le dominé, du discours du dominant. elle produit l´«identité négative», ensemble des processus par lesquels celui qui occupe la position défavorisée dans la relation asymétrique est porté à se signifier selon les injonctions dépréciatives de l´autre..."

Os profissionais de saúde têm como objetivo supremo “não causar danos” e fornecer cuidados de saúde imparciais a todas as pessoas, isto leva a que os cuidadores sejam, por vezes, sujeitos a comportamentos abusivos por parte de quem é cuidado, por outro lado é moralmente correto insistir em cuidar de alguém que fez um pedido para que não o fizesse?

CONCLUSÃO

O processo de difusão desempenha um papel de relevante importância no enriquecimento dos conteúdos das culturas individuais. Não há provavelmente, nos dias que correm, uma cultura que deva mais de vinte por cento dos seus elementos totais ás invenções realizadas pelos membros da sua própria sociedade. Porque vivemos num período de invenções galopantes estamos aptos a pensar na nossa própria cultura como largamente autocrítica e autossuficiente, mas o papel que a difusão tem desempenhado no crescimento dessa mesma cultura é compreendido se considerarmos como exemplos algumas atividades quotidianas de um cidadão médio, LINTON (1936).

Francisco Ramos, em 1983, adaptou o texto de LINTON (1936: 326-327) para a população portuguesa:

> “Acorda um típico cidadão português pelas oito horas da manhã e abandona a cama construída sobre um padrão originário do Próximo Oriente e modificado posteriormente no norte da Europa. Quando se levanta afasta cobertores feitos de algodão, originário da Índia, de linho ou lã, originários do Próximo Oriente, ou de seda, cujo uso foi inicialmente descoberto na China (…)
>
> À volta do pescoço coloca uma gravata ou um “cachecol” vestígios do xaile que os Croácios do século XVII usavam sobre os ombros. Antes de sair de casa olha através da janela, feita de vidro inventado no Egito e se está a chover calça botas de borracha, material descoberto pelos Índios da América Central (…) Quando o nosso amigo pede a bica e a conta, prepara-se para fumar (um hábito dos índios americanos), consome uma planta de origem brasileira, quer utilizando um cachimbo (como os índios da Virgínia), quer saboreando um cigarro (derivado do México) (…) Enquanto lê e se apercebe da confusão reinante no estrangeiro, o nosso amigo, de espírito conservador, agradece a uma divindade hebraica, utilizando uma língua indo-europeia, o facto de ter nascido cem por cento Português, algures em Freixo de Espada à Cinta, na Venda das Raparigas ou em S José de Pêramanca (…)

Estes autores demonstram-nos como uma serie de utensílios e procedimentos, perfeitamente enraizados no nosso quotidiano ao ponto de os considerarmos como nossos, tiveram origem fora do nosso território, esta necessidade da construção de identidade, segurança e conforto, cria um tecido propicio ao desenvolvimento do preconceito.

As crises recentes levaram a um foco renovado nas disparidades nos cuidados de saúde e aqueles que pertencem a grupos minoritários. No entanto, apesar dos esforços educacionais e políticos, o preconceito implícito contra as pessoas que podem ser marginalizados em virtude de sua etnia, identidade de gênero, idade ou status de imigração, continua.

O que tem sido menos estudado é o processo inverso - situações em que as pessoas/doentes têm preconceito em relação aos profissionais de saúde designados para cuidar deles. Os enfermeiros enfrentam dinâmicas variadas de racismo e preconceito na prestação de cuidados. É preciso haver uma discussão aberta e inclusiva sobre os aspetos éticos destas questões, aos uns níveis individuais e organizacionais. Seria interessante explorar esta área seguindo os seguintes eixos:

> Pesquisar a incidência e prevalência de preconceito reverso e PPRC (Pessoa/ Paciente Preconceito em Relação ao Cuidador) em ambiente clinico do exercício de enfermagem;
>
> Debate nos aspetos éticos dos cenários onde o enfermeiro é tratado com desrespeito e rejeição pelas pessoas/pacientes;
>
> Identificação de respostas eficazes quando ocorrem situações de PPRC;
>
> Formação de políticas que abordem explicitamente PPRC para enfermeiros no local de trabalho.

É possível combater a discriminação de forma permanente nos cuidados de saúde, é exequível. A discriminação custa caro, custa vidas, capital humano, nos recursos financeiros e até na melhoria dos cuidados de saúde. A ideia de que um indivíduo é melhor ou mais importante que outro não tem lugar no mundo de hoje, particularmente na saúde. Portanto, é fundamental que os cuidados de saúde promovam a equidade na saúde. A igualdade na saúde é muitas vezes vista como simultaneamente idealista e necessária, as populações, comunidades e indivíduos devem continuar a lutar pela igualdade na saúde. Isto é fundamental para abordar as atuais desigualdades na saúde, entender a terminologia de igualdade em saúde e equidade em saúde e trabalhar para alcançar a paridade. Combater a discriminação na área da saúde deve ser um objetivo dos prestadores de cuidados de saúde, bem como dos líderes da saúde, BABYAR (2018).

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Como autor deste artigo, declaro não possuir conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, política, académica e pessoal para a publicação deste trabalho.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDREAE, D., SOOD, N., DELLASEGA, C. Patient Prejudice toward Providers. Poster presentation at the Junior Faculty Development Program, Pennsylvania State University, College of Medicine, Hershey, PA. 2018.

BABYAR, J. Equitable health: let's stick together as we address global discrimination, prejudice and stigma. In Archives of Public Health 76:44. https://doi.org/10.1186/s13690-018-0291-3 . 2018.

CAMILLERI, C. Chocs de cultures: concepts et enjeux pratiques de línterculturel. Paris: L´Harmattan. 1989.

CAMPANA, A. Introdução à investigação clínica. 1ª ed. São Paulo: Editora Trianon. 1995.

COUTINHO, C. Metodologia de Investigação em Ciências Sociais e Humanas: Teoria e Prática. Coimbra: Edições Almedina. 2011.

FASSLER, J. How Doctors Take Women's Pain Less Seriously. 2015. Retrieved from https://www.theatlantic.com/health/archive/2015/10/emergency-room-wait-times-sexism/410515/

HARE-MUSTIN, R. The problem of gender in family therapy theory. *Family Process, 26*(1), 15-27, 1987. Retrieved from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1111/j.1545-5300.1987.00015.x

HOFFMANN, D., TARZIAN, A. The girl who cried pain: A bias against women in the treatment of pain. *Journal of Law, Medicine & Ethics, 29*, 13-27, 2003. Retrieved from https://papers.ssrn.com/sol3/papers.cfm?abstract_id=383803

KRYSAN, M., COUPER, M., FARLEY, R., FORMAN, T. Does race matter in neighborhood preferences? Results from a video experiment. *American Journal of Sociology, 115*(2), 527-559, 2009. Retrieved from https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3704191/

LIMA, M., VALA, J. As novas formas de expressão do preconceito e do racismo. Estudos de Psicologia 2004, 9(3), 401-411. 2004.

LINTON, R. The Study of Man. New York. 1936.

LIPPMANN, W. *Public Opinion*. Nova Iorque: Free Press. 1922.

LIPPMANN, W. Opinião Pública. Rio de Janeiro: Vozes. 2008.

MELEIS, A., SAWYER M. Experiencing Transitions: Emerging Middle-Range Theory. *Adv Nurs Sci*. 23: 1. pp. 12 – 28. 2000.

POLIT, D., BECK, C. Fundamentos de Pesquisa em Enfermagem: Avaliação de Evidências para a Prática da Enfermagem. 7ª ed. Porto Alegre: Artmed. 2011.

SOUSA, E., PINTO, A., ROMÃO, A., SANTOS, A., ENCARNAÇÃO, R. Uma realidade (des) conhecida: Perspetiva de saúde sobre vulnerabilidade no idoso sem-abrigo. Lisboa: Nursing Edição Portuguesa. 2016.

SPARKMAN, D., EIDELMAN, S, BLANCHAR, J. Multicultural experiences reduce prejudice through personality shifts in openness to experience. *European Journal of Social Psychology, 46*(7), 840-853, 2016. Retrieved from https://onlinelibrary.wiley.com/doi/pdf/10.1002/ejsp.2189

TAYLOR, C. Multiculturalismo: Examinando a política de reconhecimento. Lisboa: Instituto Piaget. 1994.

THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE REVIEWERS' MANUAL. Methodology for JBI Scoping Reviews. Austrália: The Joanna Briggs Institute. 2015.

WOLFGANG, W., NICOLE, K. A comparação intercultural: como tratar a relatividade da significação. In MOREIRA, A. et al. 2005. *Perspectivas Teorico-Metodologicas em Representações Sociais*. Paraíba, Brasil: Editora Universitaria – UFPB João Pessoa. 2005.

CAPÍTULO 2

CUIDAR EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL NUMA PERSPETIVA MULTICULTURAL

Cristina Maria Rosa Jeremias;

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

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

E-mail: cjeremias@esel.pt

Maria dos Anjos Pereira Lopes.

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

https://orcid.org/0000-0001-7934-6423

RESUMO: O cuidar na dimensão da cultura é da maior relevância na formação, intervenção e investigação, integrando-se numa perspectiva sistémica, participativa e multi/interdisciplinar, na qual a Enfermagem se inscreve. O encontro interdisciplinar entre cultura e saúde faz emergir novos padrões de pensamento e desafios no domínio político, teórico, metodológicos no âmbito da prevenção, educação e promoção em saúde, bem como dos cuidados culturalmente competentes, particularmente no contexto da enfermagem de saúde infantil. A enfermagem transcultural visa uma melhor informação, capacitação e intervenção face às novas problemáticas individuais, familiares e comunitárias que se registam na sociedade contemporânea, nomeadamente a nível da Enfermagem de Saúde infantil. Os novos cenários de intervenção, nomeadamente no contexto do cuidar de clientes com diferentes *backgrounds* culturais e religiosos, colocam desafios aos enfermeiros, que passam pela aquisição de conhecimentos sobre cultura, cuidado cultural, cuidar e cuidar cultural, de forma a desenvolverem a competência cultural para responderem às necessidades das crianças, dos adolescentes e jovens, das famílias e comunidades, com cuidados culturalmente sensíveis. Este capítulo tem como objetivo refletir sobre o cuidar em enfermagem de saúde infantil numa perspectiva multicultural, no qual são analisadas algumas questões teóricas, metodológicas e práticas relacionadas com a abordagem dos cuidados culturalmente competentes a crianças, adolescentes e famílias integradas em comunidades com origem cultural e religiosa distinta da cultura socialmente dominante.

PALAVRAS-CHAVE: Cultura. Enfermagem. Saúde Infantil.

CHILD HEALTH NURSING CARE IN A MULTICULTURAL PERSPECTIVE

ABSTRACT: To care in the cultural dimension is of great relevance to investigate, instruct and develop interventions in a participatory and multi/ interdisciplinary systemic approach, where nursing inscribes. The interdisciplinary encounter between culture and health, results in new patterns of thinking and challenges at the political, theoretical, and methodological in the context of prevention, promotion, and health education, as well as culturally competent care, particularly in the context of the child health nursing. Transcultural nursing aims to provide better information, capacitate, and intervene in the face of new individual, family and community problems that are present in contemporary society, namely at the level of Child Health Nursing. The new intervention contexts, namely, to care of clients with different cultural and religious backgrounds set challenges to nurses, that involve the acquisition of knowledge about culture, care, and cultural care, and to develop cultural competence to respond to the needs of children, adolescents and young people, families, and communities, with culturally sensitive care. In this chapter we intend to reflect about child health nursing care in a multicultural perspective, analyzing some theoretical, methodological, and practical issues related to the approach of culturally competent care to children, adolescents and families integrated in communities of cultural and religious origin distinct from the dominant culture society.

KEY-WORDS: Culture. Nursing. Children's health.

INTRODUÇÃO

Tornou-se um facto que ao longo de pouco mais de um século, a Enfermagem em diferentes países do mundo passou por inúmeras transformações, inscrevendo manifestos progressos que se projetaram tanto na prática clínica como no meio académico e científico, conquistando novos espaços de ação (SILVA, 2008). Entre diversos determinantes que contribuíram para esta realidade, enquadram-se as mutações do tecido sociocultural contemporâneo, fruto de um fenómeno complexo e plural, com dimensões económicas, sociais, políticas, culturais, entre outras – a globalização. Embora, este fenómeno não seja recente, a presente facilidade inerente à acessibilidade aos diferentes continentes, países e movimentos transfronteiriços nas últimas décadas, tornou a globalização num fenómeno visivelmente vivo e transformador de miscigenação cultural.

Os movimentos inerentes aos processos de globalização, determinam desafios no cuidar em enfermagem, resultantes, maioritariamente, das inúmeras e céleres mudanças no espaço político, económico e sociocultural. Esses desafios passam pela aquisição de conhecimentos sobre os valores culturais do cuidar, das crenças e das práticas, pela mobilização dos mesmos a nível do planeamento, na prestação de cuidados e na interação, de forma eficaz, junto da população infantil, juvenil e famílias, no contexto de comunidades

multiculturais. Contudo, para compreenderem e se relacionarem eficientemente com a população que cuidam, os enfermeiros devem estar conscientes das suas próprias atitudes e valores (LEININGER, 2018). Dada a complexidade desses processos, é vital para a Enfermagem, enquanto disciplina e ciência, fortificar as suas bases epistemológicas, concordantes com os avanços da era atual, de forma a serem inovadoras, consistentes e sensíveis às necessidades humanas. Numa etapa da vida particularmente sensível como é a infância e a adolescência, essas necessidades são agravadas quando crianças, adolescentes e famílias, são condicionados a viver em mundos culturais diferentes ao do seu ambiente natural. Neste sentido, este capítulo visa refletir sobre o cuidar em enfermagem de saúde infantil numa perspectiva multicultural.

ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E CUIDAR MULTICULTURAL

Contribuir para a saúde da criança, adolescente e suas famílias, requer por parte dos profissionais de enfermagem a compreensão das influências sociais, culturais e religiosas, tendo uma perspectiva holística dos cuidados de forma a conhecer bem para bem cuidar (COLLIÈRE, 2003). Para cuidar de clientes de saúde infantil com diferentes *backgrounds* culturais ou religiosos, importa que os enfermeiros utilizem a Enfermagem Transcultural no seu campo de exercício profissional e que iniciem os colegas nesta abordagem, porque estes profissionais de saúde são responsáveis pela promoção da saúde e bem-estar da criança, do adolescente e da família.

Complexidade de cuidar em contexto multicultural

Reportando-nos a um breve enquadramento de realidade multicultural em Portugal, a história do nosso país narra uma marcante experiência de emigração no século passado. Embora continue a viver fenómenos de emigração, tornou-se um país de acolhimento de diferentes povos, predominantemente originárias de países da América Latina, Europa de Leste, África Magrebina e Subsariana, Ásia e Médio Oriente (SERVIÇO DE ESTRANGEIROS E FRONTEIRAS, 2020). Esta realidade multicultural mostra ser comum cruzarmo-nos quotidianamente com pessoas de diferentes nacionalidades, culturas, etnias, religiões e filosofias de vida (BASE DE DADOS PORTUGAL CONTEMPORÂNEO, 2019). Cada diáspora traz consigo grande riqueza cultural que se expressa através das crenças, costumes, tradições, religião e modos de viver a saúde e a doença. No confronto com os países acolhedores, em particular com os serviços de saúde, será que tal riqueza é considerada de modo sistemático e natural? Os que são acolhidos transportam consigo a sua identidade cultural, ou seja, a sua identidade genética associada à intervenção familiar, comunitária e ambiental. Esta circunstância leva os enfermeiros a confrontarem-se com o desafio diário de cuidar de pessoas com diversos *backgrounds* culturais e espirituais, o que exige desenvolver a competência cultural; consistindo esta, num "processo em que o cuidador de saúde adquire ou tenta continuadamente atingir a capacidade de trabalhar efetivamente

no contexto cultural do cliente, indivíduo, família ou comunidade" (KARDONG-EDGREN e CAMPINHA-BACOTE, 2008, p. 38). Nas sociedades multiculturais, como a portuguesa, a competência cultural, é essencial para as instituições de saúde ou educacionais, entre outras. Quer no sistema de saúde ou de educação, profissionais culturalmente competentes contribuem para eliminar as desigualdades culturais, étnicas, espirituais e de género, na prestação de cuidados e a nível da promoção da saúde e bem-estar.

Os enfermeiros ou outros profissionais de saúde, ao cuidarem de pessoas pertencentes a um quadro sociocultural e espiritual distinto dos seus, não podem desconsiderar o espaço onde se enquadram. As vivências que adquirem e o manancial interventivo do mundo que os rodeia, poderá influenciar, de forma clara, a sua cultura e a maneira de perspectivam a vida, a morte, a saúde e a doença, podendo esta ser contrária à perspectiva dos que cuidam (RAMOS, 2009, 2012). O contexto de "banho cultural" em que todos vivemos, desafia a Enfermagem a procurar caminhos que respondam de forma efetiva às questões de saúde que se colocam perante as pessoas, na vida em sociedade na qual estão inseridas.

Bases Teóricas

Apresentada a complexidade de cuidar, passamos a explicitar as bases teóricas sobre o cuidado multicultural e cuidar em enfermagem de saúde infantil. Para tal recorreremos a autores, como Anthony Giddens, Cheryl Rodgers, Clifford Geertz, David Wilson, Larry Purnell, Marie-Francoise Colliere, Madeleine Leininger, Marilyn Hockenberry, Marilyn McFarland, em particular.

Já COLLIÈRE (2003) dizia que, para bem cuidar ter-se-á que bem conhecer. Neste sentido e perante a realidade da diversidade cultual, o ato de cuidar exige que os profissionais de saúde desenvolvam competências baseadas na compreensão e interpretação dos fenómenos, e nas experiências subjetivas dos outros. Logo, a interpretação cultural à luz dos motivos, hábitos e valores, explicando-os dentro do sistema no qual aparecem, contribui para dar respostas culturalmente competentes às necessidades de indivíduos, famílias, grupos e comunidades. O domínio cultural do cuidar é essencial para a Enfermagem, uma vez que, como referem LEININGER e MCFARLAND (2006) e LEININGER (2018), evidencia os fenómenos, as atividades do cuidado, o comportamento humano e as respetivas variações determinadas pelo processo cultural. Assim, no âmbito da intervenção dos enfermeiros, a saúde das crianças e dos adolescentes integrados em famílias com origens culturais e ou religiosos diferentes da sociedade maioritária, onde estão inseridos, representa uma exigência acrescida por associar à dimensão cultura, a dimensão de desenvolvimento pessoal e familiar, na qual a tradição exerce grande influência.

Ao cuidar de crianças, adolescentes e famílias, mobilizam-se habitualmente estratégias que se centralizam nos clientes, guiando-os em direção à autonomia, tornando-os capazes de pensar e de agir criticamente, no sentido da melhoria da saúde nas suas vidas. Na mesma forma também, nestes clientes, a valorização e o estímulo das crenças

e valores socioculturais tornam-se imprescindíveis no exercício do cuidado culturalmente competente, favorecendo a construção de atitudes e comportamentos saudáveis. Contudo, não é fácil orientar os aspetos relacionados com a particularidade dos cuidados que deem resposta às necessidades das crianças, dos adolescentes e das famílias de diferentes quadros socioculturais e credos; porque poderá ser um obstáculo ao ato de cuidar, o pouco conhecimento, dos que cuidam, sobre crenças, hábitos, comportamentos de saúde, vivências e formas perspectivar a vida, dos clientes que são cuidados. Os enfermeiros estão familiarizados com a cultura dominante e que conhecem melhor – a cultura onde estão integrados. Quando são confrontados com outras formas de ver o mundo, muitas vezes distintas das suas, emerge o receio, a insegurança, o sentimento de incapacidade e, por vezes, a rejeição.

Para uma melhor compreensão do que tem sido exposto, importa compreender quatro conceitos centrais – *cultura, cuidado cultural, cuidar e cuidar cultural*, que passamos a apresentar. Cruzando as ciências de antropologia, sociologia e de enfermagem, poderemos referir que *cultura* é um conjunto de crenças, valores e pressupostos sobre a vida, que são amplamente preservados entre um grupo de pessoas e que são transmitidos de geração em geração (LEININGER e MCFARLAND, 2006; LEININGER, 2018). O teórico de enfermagem Purnell, explicita o mesmo conceito ao defini-lo "como sendo a totalidade de padrões comportamentais socialmente transmitidos, as artes, as crenças, os valores, os costumes, as formas de vida, e todos os outros produtos de trabalho humano e características de pensamento de uma população que orienta a sua visão do mundo e as suas tomadas de decisão" (PURNELL, 2010:6). GEERTZ (2018) complementa, referindo que cultura consiste num padrão historicamente transmitido de significados incorporados em símbolos, um sistema de concepções herdadas expressas em formas simbólicas por meio das quais os homens comunicam, perpetuam e desenvolvem o seu conhecimento e atitudes em relação à vida, e a "totalidade acumulada" de padrões simbólicos que aparecem em diferentes sociedades. Numa perspectiva mais simples do conceito, SPECTOR (2009) refere-se à cultura como um contexto riquíssimo, no qual cada pessoa observa e responde ao meio que a rodeia, fornecendo as lentes pelas quais todas as particularidades do comportamento do ser humano podem ser interpretadas.

Nestas perspectivas do conceito de cultura, a experiência humana é avaliada pela interpretação das experiências que varia em função das interações com os outros, sendo o significado que as pessoas conferem às suas experiências e o processo de interpretação, os elementos que constituem essas mesmas experiências. Tal facto, permite perspectivar a realidade e perceber que existe uma clara interação entre a cultura e os significados que as pessoas lhe atribuem.

Centrando-nos, neste momento, nos conceitos *cuidar* e *cuidar cultural, qual o significado dos mesmos? Cuidar*, segundo (COLLIÉRE 1999: 235), refere-se ao "ato de reciprocidade que somos levados a prestar a toda a pessoa que, temporária ou definitivamente, tem necessidade de ajuda para assumir as suas necessidades vitais". Esta

teórica, preocupa-se em enfatizar no conceito de cuidar em enfermagem, a circunstância de saúde na qual o cliente se insere, concedendo relevância à dimensão socioantropológica, para que o processo de cuidados possa ser adaptado às suas necessidades. Esta perspectiva do cuidar vai ao encontro à de Madeleine Leininger que, segundo a mesma, cuidar são as ações e atividades orientadas no sentido de assistir, apoiar e capacitar o indivíduo, família ou grupo com necessidades evidentes ou antecipadas, para melhorar, aperfeiçoar uma forma de vida, condição humana e a morte (LEININGER, 1991, 1998, 2018). Neste sentido, esta autora define *cuidado cultural* como a forma holística mais ampla de saber, explicar, interpretar e prever os fenómenos do cuidar cultural para orientar as práticas do cuidar em Enfermagem. O *cuidar cultural* é definido, como sendo os valores, crenças e modos de vida regidos por um padrão, subjetivo e objetivamente aprendidos e transmitidos, que assistem, apoiam, facilitam ou habilitam o indivíduo, família ou grupo a manter a sua saúde e bem-estar, a melhorar a sua condição humana e modo de vida, ou a lidar com a doença, incapacidades ou morte (LEININGER, 2018).

Os elementos integradores da cultura são apreendidos, compartilhados e transmitidos por um grupo específico. Estes elementos orientam o pensamento, decisões e ações dos membros pertencentes a um grupo ou comunidade (LEININGER, 2018), relacionando-os com o cuidar, de forma que este seja significativo para o outro, tendo o cuidado humano ser definido no ambiente cultural (SOCIEDADE TRANSCULTURAL DE ENFERMAGEM, 2021). Desta forma, o cuidar cultural apenas pode ocorrer quando as crenças, os valores, os costumes e as normas de comportamento, relativas às formas ou estilos de vida, são conhecidos por quem cuida.

No sentido de contribuir para o conhecimento dos elementos culturais que servem de lente orientadora na vida dos povos, a enfermeira e antropóloga Medeleine Leininger desenvolveu a teoria de Enfermagem Transcultural – *Teoria da Diversidade e da Universalidade do Cuidado Cultural*, cujo foco está em providenciar cuidados que se encontrem em harmonia com as crenças, práticas e valores culturais do cliente. Esta teoria dispõe de uma estrutura holística e compreensiva para analisar sistematicamente diferentes dimensões da cultura, numa perspectiva de Enfermagem. Desenvolveu, também, o Modelo Sunrise para analisar o significado do cuidado nas diversas culturas. Através deste modelo poder-se-á descobrir, explicar, interpretar e prenunciar o conhecimento do cuidado, bem como contribuir para o desenvolvimento do cuidar cultural sensível às necessidades dos clientes (LEININGER, 1991, 2018; LEININGER e MCFARLAND, 2006). Na linha de evolução do tempo e da cultura, (SHEN, 2014) refere-se a outros teóricos que, também, contribuíram para uma nova perspectiva da enfermagem transcultural a partir do metaparadigma de enfermagem: pessoa, ambiente, saúde e enfermagem, tais como: Campinha-Bacote (2002) - Modelo de cuidado culturalmente competente, Larry Purnel (2003, 2008) - Modelo Purnell de competência cultural, Giger e Davidhizer (2004, 2008) - Modelo de avaliação cultural, Andrews e Boyle (2008) - Guia de avaliação de enfermagem transcultural para indivíduos e famílias, e Pacquiao (2012) - Modelo de competência cultural de decisões

éticas. Contudo, torna-se insuficiente a apropriação dos conceitos a nível do discurso, o que faz com que a Enfermagem Transcultural deva ser incluída e operacionalizada. Isto, porque cuidar envolve a compreensão da natureza humana e a integração do significado da existência de si e do outro, de forma a adotar um comportamento ajustado. Nesse sentido, para analisarem o significado da natureza e dos atributos do cuidado, a partir da forma como o indivíduo vê o mundo, os investigadores de enfermagem transcultural poderão recorrer ao 1º nível do Modelo Sunrise (LEININGER e MCFARLAND, 2006). Este nível oferece a representação da perspectiva do mundo e dos sistemas sociais, possibilitando a compreensão dos atributos dos cuidados em três perspectivas: microperspetiva (indivíduos de uma cultura), perspectiva média (fatores mais complexos de uma estrutura específica) e macroperspetiva (fenómenos transversais em diversas culturas. O modelo é constituído por componentes interdependentes de estrutura cultural e social que, segundo as teóricas, incluem: o idioma, o contexto ambiental do cliente e os fatores tecnológicos, religiosos, filosóficos, políticos, económicos, educacionais, bem como grau de parentesco, estrutura social, valores e crenças culturais.

Em enfermagem, e no se refere ao tema deste capítulo – *Cuidar em enfermagem de saúde infantil numa perspectiva multicultural* –, torna-se imprescindível conhecer o ambiente cultural das crianças, dos adolescentes e das suas famílias. Este conhecimento, deverá ser integrado numa perspectiva da construção de um paradigma do cuidar que inclua não só uma abordagem culturalmente competente, mas que possibilite cuidados de enfermagem independentes e sensíveis ao cliente de saúde infantil; pertencente a diferentes culturas e religiões, por forma a promover a saúde e o bem-estar dos mesmos. Contudo, existe uma particularidade que tem de estar presente no cuidador. Não existe uma única forma na prestação de cuidados culturalmente competentes devido a existência de variações culturais no seio dos grupos e comunidades e, igualmente, nos grupos culturais aos quais os prestadores de cuidados pertencem. Para realizar uma abordagem ao cliente de forma informada, o enfermeiro deverá considerar a importância da cultura. Porém, será necessário respeitar e reconhecer a integridade de todos os seres humanos. Independentemente da etnicidade, cultura ou herança cultural, todos os seres humanos são culturalmente únicos e essa unicidade, em termos culturais, é sustentada pela diversidade cultural. Este conceito compreende a diferença visível e secreta entre pessoas pertencentes a diferentes grupos, relativamente aos seus valores, crenças, linguagem, características físicas, padrões gerais de comportamento e, também, os modos de vida dos membros de uma sociedade, incluindo o modo como se vestem, as suas formas de casamento e de família, os seus padrões de trabalho, cerimônias religiosas e atividades de lazer (GIDDENS, 2014).

O conhecimento de culturas é uma caminhada complexa e a evidência revela que a cultura influência o conceito de *criança*, *infância* e *adolescência*, a forma de vivenciar cada uma destas etapas de desenvolvimento e os cuidados de saúde a esta população. De acordo com a UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND (2019), *criança* é toda a pessoa menor de dezoito anos de idade, salvo se, no enquadramento do

código civil que lhe seja aplicável, tenha atingido antes a maioridade. *Infância* refere-se ao período desde o nascimento até à *adolescência* e esta é considerada um período transitório entre a infância e a idade adulta.

Na generalidade das sociedades ocidentais, o desenvolvimento da criança encontra-se dividido em seis estádios (recém-nascido, lactente, *toddler*, pré-escolar, escolar e adolescência), durante os quais ocorrem profundas transformações biofisiológicas, cognitivas, psicossociais e económicas, inerentes a cada um dos estádios (HOCKENBERRY, 2014). Contudo, a adolescência caracteriza-se pela ausência de marcadores socioculturais explícitos ou fronteiras circunscritas que garantam um processo unilateral na transição para a idade adulta (SAEWYC, 2014; DEROUIN, 2019), cujos limites cronológicos, segundo a ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2009), situam-se aproximadamente entre os 10 e os 19 anos de idade completos. Esta realidade não é universal, existindo variações culturais neste tipo de classificação. Por exemplo, atualmente é possível encontrar-se comunidades e subculturas onde o reconhecimento da criança é marcado e o de adolescente está ausente. Por exemplo, nas comunidades ciganas a criança cresce livremente, mas transitam da infância para a vida adulta através de rituais de passagem (como o "casamento pubertário"), sem que haja um estádio intermédio (COSTA, 2019). No contexto português, as meninas ciganas casam entre os 13 e 18 anos, os meninos entre os 16 e 20 anos (JEREMIAS, 2009; CUNHA e MAGANO, 2019).

Conhecemos o que é esperado a nível das competências de cada etapa do desenvolvimento das crianças e dos adolescentes integrados nas culturas ocidentais. Porém, mantendo o exemplo das comunidades ciganas, a realidade é diferente. Na cultura cigana, a *criança* é considerada um *bebé* até aos 4 anos de idade e durante esse período de tempo é educada pela mãe, irmãs e tias; entre os 4 aos 7 anos, é considerada *criança* e é-lhe permitida todas as "liberdades"; dos 11 aos 12 anos, é considerada *jovem* e a sua inserção na vida comunitária é assegurada pela comunidade e família alargada. Nesta etapa assume responsabilidades de sustento e manutenção da família. Após os 16 anos, o jovem é considerado um *adulto*, constitui família e assegura o seu sustento, contribuindo para a coesão da comunidade (MORENO, 2004).

Comunicação

A comunicação é essencial para as relações humanas, porém pode constituir uma fronte de stress, angustia e mal-entendidos entre pessoas de diferentes culturas ou grupos éticos, sobretudo se comunicarem em diferentes idiomas.

Comunicar com famílias de diferentes culturas, por vezes torna-se uma atividade árdua. A única barreira não é a diferença do idioma, uma vez que a comunicação, é um "fenómeno social complexo e multidimensional, estando cada ato de transmissão de uma mensagem integrado numa matriz cultural, num conjunto de códigos, de regras e de representações que tornam possíveis e mantêm as relações entre os membros de uma

mesma cultura ou subcultura" (RAMOS, 2009, p. 69). Ao ignorar-se códigos, regras culturais e linguísticos poder-se-á criar problemas comunicacionais que irão prejudicar a construção de uma relação terapêutica. Contudo, a realidade mostra que, de facto, o idioma tem sido considerado uma grande barreira de comunicação entre os serviços de saúde e os clientes, especialmente os que não compreendem a língua dominante. Para se ultrapassar este obstáculo de comunicação, os profissionais de saúde deverão conversar com cuidado e devagar, e não em voz alta. No entanto, o mais difícil no estabelecimento de uma interação, não é a comunicação verbal, mas sim, a comunicação não-verbal, devido à existência de grande diversidade ao nível da linguagem cinestésica (postura e gestos), proxémica (territorialidade), táctil (toque e intensidade) e na paralinguagem (timbre de voz, volume e tom, dicção e articulação, respiração, débito de palavras e vocabulário).

Diferentes culturas consideram o contato visual de formas distintas. Embora, nas culturas ocidentais olhar as pessoas diretamente nos olhos seja considerado um sinal de franqueza e de atenção, em muitas culturas não ocidentais, o contato visual direto é evitado por questões de respeito ou por ser considerado insultuoso e desrespeitador. (FOOTE, 2019). Também, JEREMIAS (2019) refere que em alguns grupos étnicos, onde exista uma marcada supremacia masculina nos padrões de comunicação, durante as interações realizadas com os profissionais de saúde, a mulher apenas fala se tiver a permissão do marido.

O toque é uma forma de comunicação não-verbal com bastantes variações de significado entre diferentes culturas. Os enfermeiros formados nas escolas europeias e americanas usam o toque como meio terapêutico de comunicação com os clientes. Contudo, este meio de comunicação não é confortável ou socialmente aceite em determinadas culturas. Por exemplo, com clientes de origem islâmica, os profissionais de saúde do sexo masculino não têm permissão para tocar nas regiões, consideradas íntimas, do corpo feminino. Igualmente, os profissionais de saúde do sexo feminino pertencentes a culturas dessa origem, são impedidas de cuidar de clientes do sexo masculino. Esta regra não se aplica se o cliente for uma criança pequena ou em situações clínicas de emergência (MUJALLAD, 2016).

Durante uma entrevista, é fácil os enfermeiros integrarem as próprias atitudes e sentimentos. Muitas vezes, os seus preconceitos e suposições, como os estereótipos culturais e religiosos, influenciam as percepções sobre o comportamento dos clientes. O que, os enfermeiros podem interpretar como hostilidade passiva ou falta de interesse das crianças ou dos pais, pode ser apenas timidez ou uma manifestação de ansiedade. Para prevenir erros deste tipo de interpretação, dever-se-á ter presente uma componente da comunicação culturalmente sensível, que consiste em disponibilizar tempo para avaliar as crenças e os valores, de forma a facilitar a compreensão de comportamentos e a percepção que os pais têm das situações clínicas dos filhos (FOOTE, 2019). Por exemplo, este conhecimento ajuda a família a consciencializar-se sobre as implicações dos cuidados a uma criança ou adolescente, antes do consentimento para procedimentos específicos

ou administração de terapêutica (THIBODEAUX e MOONEY-DOYLE, 2014; FRANKLIN, MOONEY-DOYLE e RODGERS, 2015, 2019). O quadro n.º 1 sintetiza características culturais relacionadas com a comunicação verbal e não-verbal de comunidades presentes em Portugal.

Quadro n.º 1: Características culturais gerais da comunicação com o cliente de saúde infantil.

Origem Cultural	Comunicação
Famílias de culturas com origem africana	Colocar questões pessoais, durante o primeiro encontro, é considerado improprio e abusivo. O contacto visual inicial é percebido como respeito, mas a manutenção do mesmo pode ser vista como agressividade. O silêncio pode indicar ansiedade ou insegurança.
Famílias de cultura cigana	Expansivos. Utilizam o *Caló* ou *Romanó* como estratégia para que os não-ciganos não os compreendam. Atribuem importância ao comportamento não-verbal. Presença de supremacia masculina e familiar hierárquica no ato de comunicar. Não é habitual o cumprimento com aperto de mão entre indivíduos do sexo oposto.
Famílias de cultura chinesa	Reservados. Parecem ter um timbre verbal alto, porque as palavras em mandarim ou cantonês, têm diferentes significados consoante o nível de sonoridade. Para alguns grupos, olhar diretamente nos olhos de superiores pode ser considerado desrespeito. Não é apreciado o cumprimento com aperto de mão entre indivíduos do sexo oposto e com estranhos. O sorriso é a forma de cumprimento mais apreciada.
Famílias de cultura e contexto islâmico	Valorizam a privacidade e resistem em fornecer informação a quem ainda não estabeleceram uma relação de confiança. O contacto visual entre indivíduos do mesmo sexo é percebido como respeito. Para alguns grupos, o contacto visual com superiores e, ou com pessoas do sexo oposto, é considerado desrespeito. Presença de supremacia masculina e familiar hierárquica no ato de comunicar. Não é bem-aceite o aperto de mão entre indivíduos do sexo oposto. O cumprimento com beijo na face é apenas socialmente aceite entre indivíduos do mesmo sexo.

Adaptado de: THIBODEAUX e MOONEY-DOYLE (2014); DAGAZON (2011).

Crenças de Saúde

As crenças relacionadas com a saúde e doença são elementos integrantes do património cultural das famílias, muitas vezes interligadas com crenças religiosas. Crenças desta natureza, exercem influência na forma como as famílias lidam com os problemas de saúde dos seus elementos e, também, como interagem com os profissionais de saúde.

De acordo com THIBODEAUX e MOPNEY-DOYLE (2014), na maioria das culturas, as crenças de saúde estão, predominantemente, relacionadas com as forças naturais, forças sobrenaturais e desequilíbrios entre as forças.

***As forças naturais*,** são consideradas a causa de problemas de saúde, que poderão ocorrer numa situação em que o corpo se encontre insuficientemente protegido, incorporando no seu interior o frio e as impurezas existentes no ar. Por exemplo, esta crença poderá levar uma mãe chinesa a vestir excessivamente a filha, com a preocupação de a manter quente e afastar o corpo da criança do frio. O povo chinês acredita que o tempo frio, a chuva ou o vento são responsáveis pelas doenças frias. Creem, também, que a energia Chi entra e sai do corpo, através da boca, do nariz e dos ouvidos, fluindo ao longo do corpo, em momentos e zonas específicas, através de vias definidas ou meridianos. Este povo acredita que o défice de Chi a nível sanguíneo, provoca fadiga, falta de energia e uma diversidade de doenças.

***As forças sobrenaturais*,** são as que predominam, na maioria das culturas, como causadoras de doença. Em muitas culturas percepciona-se as más influências, como a bruxaria, os maus espíritos e o vodu, como causas de situações de doença, especialmente as que não conseguem explicar por outros meios.

Uma crença de saúde muito presente entre os povos da Orla Mediterrânea, África, Ásia e Médio Oriente (por exemplo, pessoas de origem árabe e, também, pessoas de cultura cigana), é o “mau-olhado” ou “quebranto” (Jeremias, 2009). Esta força faz parte da doença, como um estado de desequilíbrio. A força e o poder estão associados ao “mau-olhado”. Deste modo, enquanto a força e a fraqueza de um indivíduo se encontrarem em equilíbrio, este não estará vulnerável ao “mau-olhado”. Porém, as crianças recém-nascidas e lactentes ou crianças pequenas, devido ao seu desenvolvimento imaturo e às características dos seus mecanismos internos de força e fraqueza, estão particularmente sensíveis ao efeito do “mau-olhado”. Naturalmente, com base nesta crença, o “mau-olhado” servirá para justificar o início inexplicável da doença em crianças que apresentem sintomas de irritabilidade, choro, vómitos, diarreia e febre.

***O desequilíbrio de forças*,** é partilhado por muitas culturas. Por exemplo, nas culturas da Orla Mediterrânea, Ásia e dos países árabes. O desequilíbrio mais comum é o que existe entre o “frio” e o “quente”. Esta crença, supostamente, tem origem na teoria Hipocrática **- Teoria dos Humores** - , que defende que a doença é causada pelo desequilíbrio dos quatro humores: sangue, fleuma, bílis amarela e bílis negra. O “frio” e o “quente” descrevem propriedades e condições que não têm qualquer relação com a

temperatura do meio ambiente. Regiões do corpo, alimentação e doenças, são classificadas como “frias” ou “quentes”. Na tradição chinesa são denominadas como ying (frio) e yang (quente). Por exemplo, uma doença respiratória é considerada uma condição “fria”, crê-se que poderá ser provocada pela exposição ao frio, vento frio e chuva, o que levará à estrada destas condições no corpo. Sendo uma condição fria, será tratada com a ingestão de alimentos “quente” ou ervas. A menstruação é considerada uma condição “quente” e, por isso, as meninas são ensinadas pelas ancestrais que durante o período menstrual não deverão comer alimentos “quente” (cereais integrais e derivados, leguminosas, fruta, raízes, oleaginosas e sementes, líquidos e vegetais de rama verde) porque poderão aumentar o fluxo menstrual e/ou provocar cólicas. Também, a ingestão em excesso de alimentos “frio” ou “quente”, pode ser percepcionado como a causa de doença.

Práticas de Saúde

As práticas de saúde, são muito semelhantes entre culturas, especialmente na proteção e tratamento da doença, estando intimamente ligadas a medidas de proteção e cura popular.

Para a proteção da saúde, nas tradições, existem práticas relacionadas com a alimentação, práticas espirituais, religiosas e crenças populares.

Uma prática tradicional que povo chinês crê conferir proteção da saúde, é a introdução de determinadas substâncias na dieta, como a raiz de ginseng. Creem que esta raiz tem a propriedade medicinal de “construir e reconstruir” o sangue.

A fé exerce forte influência na proteção da saúde. As práticas realizadas estão intimamente ligadas a ritos espirituais, religiosos e populares. São exemplo destas práticas: orações, suplicas, dias de jejum, queima de velas e incensos, realização de diversas promessas a entidades espirituais de referência e o uso de artefatos religiosos e populares. O uso de amuletos, medalhas e artefatos religiosos, são frequentemente encontrados em crianças e adolescentes. Exemplos desses objetos são, a “mão-de-Fátima” (H-misa Remissa), em ouro ou em prata, colocado num fio ou pulseira; uma pinta preta de al-kuhl (colírio de pó de antimónio) pintada na testa ou na face da criança; um fio em cordão de pano preto rezado colocado no pescoço, usado como um fio; uma pulseira feita com pequenas pedras pretas que, após ser rezada, é colocada no pulso ou no tornozelo. Estas práticas concedem apoio e conforto e raramente impedem os cuidados de saúde. Frequentemente são encontradas entre os povos africanos, da Ásia meridional e do médio oriente. Os profissionais de saúde deverão reconhecer o valor do uso destes artefatos, mantendo-os no local onde estão colocados ou o mais próximo possível (JEREMIAS, 2009; THIBODEAUX e MOPNEY-DOYLE, 2014).

Para a cura, em todas culturas existem técnicas e remédios caseiros que são administrados antes de recorrer a profissionais de saúde. Contudo, muitos grupos étnicos

procuram primeiro os curandeiros ou curandeiras - pessoas com poderes de cura - quando os remédios caseiros não resultam. Os curandeiros, tradicionalmente, são indivíduos com poder nas comunidades. Estas pessoas compreendem e falam a mesma língua das famílias, demostrando um sincero interesse pelas mesmas e pelos seus problemas.

Os povos asiáticos procuram ervanários com conhecimentos de medicina ou, também, um praticante de terapias étnicas asiáticas como a acupuntura (técnica que consiste na inserção de agulhas em meridianos específicos do corpo), acupressão (consiste num procedimento que associa os princípios da massagem e da acupuntura sem a utilização de agulhas, aplicada em meridianos específicos do corpo) e a moxabustão (um tipo de acupuntura que consiste na aplicação de calor direto ou indireto sobre a pele, através de um bastão enrolado com ervas medicinais, como a Artemísia).

Os povos da Orla Mediterrânica, também, têm por tradição, recorrer a técnicas e remédios caseiros que são administrados antes de procurarem a ajuda de profissionais de saúde. Esta situação é muito comum nas culturas do sul da Europa, magrebina e cigana.

Determinados remédios caseiros utilizados são compatíveis com os fármacos prescritos pela medicina convencional e podem servir de reforço ao plano terapêutico. Embora, seja raro uma prescrição popular ter base científica, dever-se-á respeitar as práticas de saúde tradicionais que não provoquem dano. Contudo, será imprescindível explicar a razão de alguns remédios e práticas caseiras poderem ser nefastos ou, mesmo, colocar a vida em risco.

A cura pela fé, está intimamente relacionada com diversas práticas de cura religiosa e popular. A oração, suplica, cumprimento de dias de jejum, queima de velas e de incensos, uso de artefatos religiosos e de crença popular, são práticas comuns de auxílio na cura que integram a tradição de diferentes culturas. As pessoas que creem na forte influência do “mau-olhado”, como causa de doença, conhecem práticas que auxiliam na cura e que exigem um praticante adequado como, curandeiros ou mulheres experientes com esse conhecimento. Por exemplo, para a cura do “mau-olhado”, é comum em várias culturas realizar-se um ritual constituindo por orações feitas com a utilização de água e azeite, tendo uma fase de apreciação da situação e outra de cura. Este ritual encontra-se, também, enraizado na cultura de várias regiões de Portugal (JEREMIAS, 2009; THIBODEAUX e MOPNEY-DOYLE, 2014).

Influência Familiar

A cultura familiar, exerce grande influência nos cuidados de saúde. O termo família tem sido definido de diferentes formas, de acordo com o próprio quadro de referência, valores ou disciplina do indivíduo. Não existe uma definição universal de família. Por exemplo, uma família poderá ser o que um indivíduo considera que seja, podendo ser definida como uma instituição onde indivíduos estão relacionados por meio da biologia ou de compromissos

duradouros, representando gerações e géneros semelhantes ou diferentes, participando em papéis que envolvem socialização mútua, nutrição e comprometimento emocional (KAAKINEN, STEELE, COEHIO, ROBINSON, 2018).

Os cuidados de enfermagem a crianças e adolescentes estão intimamente envolvidos com o cuidado aos mesmos e da família. A estrutura e a dinâmica familiar podem exercer uma longa influência na criança e no adolescente, interferindo na saúde e no bem-estar. Consequentemente, os enfermeiros deverão conhecer as funções, os vários tipos de estruturas familiares, as teorias que fornecem uma base para a compreensão das mudanças que ocorrem no seio familiar e, para a orientação de intervenções individualizadas e sensíveis ao contexto cultural ou espiritual da família.

Maioritariamente, pela tradição, são as mulheres quem assume o papel de cuidado às crianças. São elas que, mesmo nas novas configurações de funções e papeis familiares, as principais cuidadoras dos filhos. Contudo, existem culturas em que o desempenho destes papeis encontra-se sob a supervisão das ancestrais, especialmente a sogra ou mãe da mulher. Por exemplo, nas famílias de cultura cigana, de origem cultural africana, médio oriente e Ásia meridional, as jovens mães não têm autonomia para cuidar dos filhos, especialmente se forem os primogénitos. Nestas situações os enfermeiros de saúde infantil, deverão dirigir às avós as orientações dadas nas consultas, para que se consiga o êxito da intervenção (JEREMIAS, 2009, 2019). O quadro n.º 2 sintetiza características culturais relacionadas com práticas de saúde e relações familiares, de famílias com origem cultural africana, cigana, chinesa e islâmica.

Quadro n.º 2: Características culturais gerais nas práticas de saúde e relações familiares com o cliente de saúde infantil

Origem Cultural	Práticas de Saúde	Relações Familiares
Famílias de culturas com origem africana	**Uso de amuletos, medalhas e outros artefactos religiosos para prevenção da doença.** Predomínio pelo autocuidado e a medicina tradicional. Predomínio no uso de terapias. tradicionais de origem religiosa. A oração é praticada como prevenção e tratamento da doença.	Famílias alargadas. Fortes laços de parentesco, os membros entreajudam-se em situação de crise. As mulheres são responsáveis pelos cuidados de saúde da família. Menor probabilidade de situações de doença serem vistas como um fardo.

Famílias de cultura cigana	**Uso de amuletos, medalhas e outros artefactos religiosos para prevenção da doença.** Recorrem à medicina tradicional. Predomínio na procuram dos cuidados de saúde apenas em situação de doença. A doença da criança é muito valorizada, procurando uma rápida resposta. O adolescente recorre tardiamente aos cuidados de saúde. A oração e suplica são práticas de prevenção e tratamento da doença.	Famílias numerosas e alargadas. Forte respeito pelos idosos do sexo masculinos. Fortes laços de parentesco, os membros entreajudam-se em situação de crise. Marcada supremacia masculina, mesmo nas crianças. As mães e as irmãs mais velhas são responsáveis pelos cuidados de saúde da família.
Famílias de cultura chinesa	O objetivo terapêutico é restabelecer o equilíbrio entre o *ying* e *yang.* Cumpridores dos regimes prescritos pelos profissionais de saúde, embora recorram maioritariamente à medicina tradicional. Praticam a acupuntura, acupressão e moxabustão. Vasta utilização de ervas medicinais. As refeições podem ou não ser planeadas para estabelecer o equilíbrio do “frio” e “quente”.	É comum existir um padrão de famílias alargadas. Forte conceito de lealdade das crianças e jovens em relação aos idosos. Forte respeito pelos idosos. A criança é ensinada desde muito cedo a tratá-los com consideração e aceitar sem argumentar. O comportamento da criança é visto como reflexo da família. Autoestima e autoconfiança são estimulados. Autoexpressão é reprimida. As mulheres são responsáveis pelos cuidados de saúde da família.
Famílias de cultura e contexto islâmico	**Uso de amuletos, medalhas e outros artefactos religiosos para prevenção da doença.** Predomínio pela procura dos profissionais de saúde, mas alguns grupos recorrem primeiro à medicina tradicional. Cumpridores dos regimes prescritos pelos profissionais de saúde. A oração e suplica são práticas de prevenção e tratamento da doença.	Famílias numerosas e alargadas. Forte respeito pelos pais e avós. Fortes laços de parentesco, os membros entreajudam-se em situação de crise. As mulheres são responsáveis pelos cuidados de saúde da família. Menor probabilidade de situações de doença serem vistas como um fardo.

Adaptado de: THIBODEAUX e MOONEY-DOYLE (2014); DAGAZON (2011).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Com a presença no país que integramos de famílias com *backgrounds* culturais diferentes e outras formas de pensar, cuidar das mesmas carece de conhecimentos, por parte dos profissionais de saúde, relativamente às suas percepções de saúde e doença, especificamente no âmbito dos cuidados à criança e ao adolescente.

As intervenções de enfermagem culturalmente relevantes e sensíveis às necessidades do cliente, diminuem os conflitos decorrentes de mensagens dissonantes por referenciais culturais diferenciados entre os emissores e receptores. O que é avaliado e julgado como um bom cuidado é culturalmente estabelecido e validado. Como tal, membros de um grupo cultural podem identificar e definir o que é um bom cuidado, mas os que são estranhos à sua cultura provavelmente não conseguem avaliar da mesma maneira (ANDREW e BOYLE, 2002).

O desafio para os enfermeiros que cuidam de pessoas com diferentes culturas e religiões, será adquirir conhecimentos sobre os valores culturais, crenças, hábitos e práticas de saúde, mobilizando-os nos cuidados que proporcionam (LEININGER, 2018). Para compreender e cuidar de forma eficaz de crianças, adolescentes e famílias numa comunidade multicultural, os enfermeiros, devem estar cientes das suas próprias atitudes e valores; uma vez que, também, são um produto da sua própria educação e ambiente cultural, integrando igualmente uma "cultura de enfermagem." Estes profissionais de saúde, funcionam no âmbito de uma cultura profissional, com os seus próprios valores e tradições e, como tal, tornam-se parte duma cultura por programas educativos e, mais tarde, pelo contexto de trabalho e associações profissionais.

Nenhuma aprendizagem cultural poderá ser dada por concluída sem a partilha dos conhecimentos adquiridos, em termos compreensíveis, à comunidade. Uma cultura não pode ser meramente absorvida, tem que ser traduzida e essa tradução não pode ser efetuada nos termos da própria cultura do cuidador. Em rigor, não se aprende a conhecer uma realidade cultural distinta, aprende-se a reconhecê-la através do estabelecimento de relações de equivalência e diferença, entre a cultura das populações e a cultura da qual quem cuida é produto.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

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

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ANDREW, M.; BOYLE, J. **Transcultural Concepts in Nursing Care.** 4th ed. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins, 2002.

BASE DE DADOS PORTUGAL CONTEMPORÂNEO. **População estrangeira com estatuto legal de residente:** total e por algumas nacionalidades, 2019. Disponível em: https://www.pordata.pt/Home. Acesso em: 16 out. 2020.

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

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

COSTA, L. S. **Casamento infantil:** infância roubada por graves violações dos direitos humanos das crianças. São Paulo: Hucitec Editora, 2019.

CUNHA, J. R.; MAGANO, O. Ciganas e Ciganos no Brasil e Portugal: uma análise comparativa acerca dos processos de integração e construção de políticas sociais. **Revista Anthropológicas,** v. 30, n 1, p. 251-280, 2019.

DAGAZON, C. E. Diversidade Cultural na Comunidade. In STANHOPE, M.; LANCASTER, J. **Enfermagem de Saúde Pública:** Cuidados de Saúde na Comunidade, Centrados na População. Loures: Lusodidacta, 2011.

DEROUIN, A**.** Health Promotion of the Adolescent and Family. *In.* HOCKENBERRY, M. J; WILSON, D.; RODGERS, C. C. **Wong's Nursing Care of Infants and Children***.* 11th ed. Elsevier: St. Louis, Missour, 2019. p. 551-588.

FRANKLIN, Q.; MOONEY-DOYLE, K. Social, Cultural, Religious, and Family Influences on Child Health Promotion. *In* HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D. **Wong's Nursing Care of Infants and Children**. 10th ed. St. Louis, Missouri: Elsevier, 2015. p. 17-44.

FRANKLIN, Q.; MOONEY-DOYLE, K. Social, Cultural, Religious, and Family Influences on Child Health Promotion. *In* HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D. **Wong's Nursing Care of Infants and Children***.* 11th ed. Elsevier: St. Louis, Missouri, 2019. p. 15-40.

FOOTE, J. M. Communication, Physical, and Develpmental assessment. *In.* HOCKENBERRY, M. J; WILSON, D.; RODGERS, C. C. **Wong's Nursing Care of Infants and Children***.* 11th ed. Elsevier: St. Louis, Missour, 2019. p. 80-136.

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

GIDDENS, A. **Sociologia.** 9ª ed. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian, 2017.

JEREMIAS, C. Diversidade Cultural nos Primeiros Anos de Vida: Um Olhar pelas Culturas Cigana, Hindu e Islâmica *In* LOPES, J.; SANTOS, M.; MATOS, M.; RIBEIRO, O. (org).

Multiculturalidade: Perspectivas da Enfermagem: Contributos para Melhor Cuidar. Loures: Lusociência, 2009. p. 181-210.

JEREMIAS, C. Contributo das variáveis sociocultural e espiritual na apreciação de famílias islâmicas. In. FERREIRA, H. et al (Org). **2º Congresso Internacional de Enfermagem de Saúde Familiar e 1º Congresso Ibérico de Saúde Familiar:** Livro de Resumos. Custóias: Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Familiar, 2019. p. 51.

KAAKINEN, J. R.; STEELE, R.; COEHIO, D. P.; ROBINSON, M. Family Health Care Nursing. 6th ed. Philadelphia: F. A. Davis Company, 2018.

KARDONG-EDGREN, S.; CAMPINHA-BACOTE, J. (2008). Cultural competency of graduating US Bachelor of Science nursing students. **Contemporary Nurse**, v. 28, n. 1-2, p. 37– 44, 2008.

LEININGER M. M. **Culture care diversity and universality:** a theory of nursing. New York: National League for Nursing Press, 1991.

LEININGER, M. Enfermagem Transcultural: Imperativo da Enfermagem Mundial. **Enfermagem,** v. 10, n. 2, p. 32-36, 1998.

Leininger, M. M.; McFarland, M. R. **Diversidade e universalidade do cuidado cultural:** uma teoria mundial de enfermagem. 2ª ed. Burlington: Jones and Bartlett Publishers, 2006.

LEININGER, M. M. **Transcultural nursing:** Concepts, theories, research, and practices. 5th ed. New York: McGraw-Hill, 2018.

MORENO, F. **Etnia Cigana:** Relação Homem-Mulher. Vila Nova de Gaia: Editorial 100, 2004.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Child and adolescent health and development.** Genebra: OMS, 2009. Disponível em: http://www.who.int/child-adolescent-health/ Acesso em: 3 mai. 2021.

PURNELL, L: D.; PAULANKA, B. J. **Cuidados de Saúde Transculturais:** Uma abordagem culturalmente competente. 3ª ed. Loures: Lusodidacta, 2010.

MUJALLADE, A. CNE SERIES. Modesty Among Muslim Women: Implications for Nursing Care. **MEDSURG Nursing Journal,** v. 25, n 3, p. 169-172, 2016. Disponível em: https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,shib&db=a9h&AN=116249656&lang=pt-pt&site=ehost-live. Acesso em: 31 jan. 2022.

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

RAMOS, N. Multiculturalidade e Comunicação em Saúde. *In* LOPES, J.: SANTOS, M.; MATOS, M.; RIBEIRO O (org). **Multiculturalidade:** Perspectivas da Enfermagem:

Contributos para Melhor Cuidar. Loures: Lusociência, 2009. p. 67-82.

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

SERVIÇO DE ESTRANGEIROS E FRONTEIRAS. **Relatório de Imigração, Fronteiras e Asilo 2020.** Oeiras: Serviço de Estrangeiros e Fronteiras, 2020.

SILVA, A. L. A Enfermagem na Era da Globalização: Desafios para o Século XXI. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** v. 16, n 4, p. 787-790, 2008.

SPECTOR, R. E. **Cultural diversity in health and illness.** 7th ed. Nova Jersey: Prentice-Hall, 2009.

THIBODEAUX, A. G.; MOONEY-DOYLE, K. Influências Sociais, Culturais e Religiosas na Promoção da Saúde da Criança. *In* HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D. **Wong:** Enfermagem da Criança e do Adolescente. 9ª ed. Loures: Lusociência, 2014. p. 21-48.

SAEWYC, E. M. Promoção da Saúde do Adolescente e da Família. *In* HOCKENBERRY, M. J.; WILSON, D. **Wong:** Enfermagem da Criança e do Adolescente. 9ª ed. Loures: Lusociência, 2014. p. 784-822.

SHEN, Z. Cultural Competence Models and Cultural Competence Assessment Instruments in Nursing: A Literature Review. **Journal of Transcultural Nursing**, p. 1-14, May 2014. Disponível em: https. // doi.org/10.1177/1043659614524790. Acesso em: 11 out. 2021.

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

CAPÍTULO 3

O ACOLHIMENTO DE ENFERMAGEM À FAMÍLIA NO SERVIÇO HOSPITALAR DE EMERGÊNCIA

Florinda Laura Ferreira Rodrigues Galinha de Sá.

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

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

RESUMO: Introdução) O acolhimento de enfermagem à família no serviço hospitalar de emergência permite reduzir a sua ansiedade e sofrimento, envolvendo a família, enquanto parceira, no cuidado à pessoa doente, mas também considerando a família como foco de cuidado de enfermagem; **Metodologia)** Estudo teórico-conceitual, que abrange a análise, a discussão e a síntese conceptual, sustentado na pesquisa bibliográfica; **Resultados e Discussão)** Os estudos revelam que o processo de acolhimento não se deve limitar a um procedimento administrativo de atribuição de risco e respetivo encaminhamento, requerendo o envolvimento de todos os intervenientes na pirâmide terapêutica de cuidados de saúde (família, doente, enfermeiro e equipe de saúde) e o desenvolvimento de competências em comunicação terapêutica, que sustentem a relação entre enfermeiro e família. A transição segura da pessoa dependente, após alta do serviço hospitalar de emergência, para a comunidade requer o envolvimento da família para a obtenção de ganhos em saúde; **Conclusão)** Importa a criação de circuitos e espaços específicos no contexto para a presença da família, a promoção de investigação sobre a transferabilidade dos modelos teóricos para a prática e um maior investimento na formação e liderança, dotando os enfermeiros de competências para melhor cuidarem de famílias no serviço hospitalar de emergência.

PALAVRAS-CHAVE: Acolhimento. Enfermagem Familiar. Serviço Hospitalar de Emergência.

FAMILY NURSING WELCOME AT THE EMERGENCY HOSPITAL SERVICE

ABSTRACT: Introduction) The family nursing welcome at the emergency hospital service allows to reduce their anxiety and suffering, involving the family, as a partner, in the care of the sick person, but also considering the family as the focus of nursing care; **Methodology)** Theoretical-conceptual study, which includes analysis, discussion and conceptual synthesis, supported by bibliographic research; **Results and Discussion)** The studies reveal that the user embracement process should not be limited to an administrative procedure of

risk attribution and respective referral, requiring the involvement of all stakeholders in the therapeutic health care pyramid (family, patient, nurse and health team) and the development of therapeutic communication skills, which support the relationship between nurse and family. The safe transition of the dependent person, after discharge, from the emergency hospital service to the community requires the involvement of the family to obtain health gains; **Conclusion)** It is important to create circuits and specific spaces in the context for the presence of the family, the promotion of research on the transferability of theoretical models to practice and a greater investment in training and leadership, providing nurses with the skills to better care for families in the emergency hospital service.

KEY-WORDS: User Embracement. Family Nursing. Emergency Service. Hospital.

INTRODUÇÃO

O cuidado de enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família inscreve-se no paradigma atual da complexidade (HESBEEN, 2004), no qual o Ser é um todo constituído por diferentes partes comuns que interagem no Ser de forma única. O enfermeiro, ao contactar com a pessoa doente e sua família, mune-se de um olhar profissional diferenciador para apreender a essência da pessoa com que se depara e para melhor cuidar dela. A intencionalidade do cuidado de enfermagem permite um encontro singular e irrepetível com um Ser complexo, considerando as interrelações multifactoriais existentes no corpo-sujeito.

A enfermagem de urgência assegura cuidados a indivíduos, de todas as idades, que apresentem alterações da saúde física ou psíquica, sendo diagnosticadas ou apenas percecionadas (COIMBRA, 2021), o que pela definição lata, permite depreender a diversidade de situações e a complexidade das mesmas, às quais a enfermagem neste contexto pretende dar resposta. A apreciação de enfermagem de uma situação de doença traduz o reconhecimento da sua gravidade e justifica a prioridade dada no atendimento, face a uma situação clínica de instalação súbita, com compromisso de uma ou mais funções vitais ou risco de falência de funções vitais (SHEEHY, 2011). As situações que levam as pessoas a procurar cuidados de saúde imediatos são na maioria das vezes aquilo que as pessoas consideram como tal, assim o que forja essa apreciação, quer seja leigo ou biomédico, não escapa do social e de suas várias expressões e determinações.

A família, definida como sendo aqueles membros que a pessoa designa como sendo parte da sua família, independentemente da existência de laços sanguíneos, jurídicos ou demais (WRIGHT; LEAHEY, 2013), centra-se na importância dos laços emocionais para a pessoa doente. Deste modo, considera-se neste conceito de família as pessoas que compõem a esfera íntima e pessoal da pessoa doente, aceitando enquanto acompanhante familiar, por exemplo, um vizinho ou amigo, em detrimento das pessoas que comprovem a existência de laços sanguíneos ou jurídicos. Este envolvimento da pessoa no seu processo de cuidados e na nomeação de quem são efetivamente os membros da sua unidade familiar requer uma abordagem singular centrada na pessoa e sua família (McCOMARCK;

McCANCE, 2017), capacitando-os no seu processo de cuidado de saúde-doença. Assim, importa estimular os enfermeiros para olharem para a unidade do sistema da família e sua dinâmica singular. A família é mais do que a soma das pessoas que a constituem, o que torna ainda mais desafiante e complexo, este processo de acolhimento.

O acolhimento em enfermagem visa dar resposta a uma real demanda (CHABUDÉ; CÉSAR; SANTANA, 2019), ultrapassando a perspectiva limitada de meio de acessibilidade e ainda a qual os enfermeiros não o reconhecem como sendo uma intervenção de enfermagem (COSTA; GARCIA; TOLEDO, 2016). O acolhimento em enfermagem no serviço hospitalar de emergência deve ser entendido como uma intervenção não restrita à porta de entrada do serviço ou a um local específico do serviço (GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2013), sendo necessário assegurar uma continuidade de cuidados durante a permanência da pessoa e família neste contexto. Deste modo, o acolhimento é um processo contínuo que requer uma responsabilização profissional interessada e ativa pelas necessidades, decorrentes do processo de saúde-doença, da pessoa e sua família, acompanhando e adequando sistematicamente os recursos do serviço a essas mesmas necessidades.

O conceito de acolhimento em enfermagem está também associado à expectativa dos usuários de agilidade deste procedimento no contexto de serviço hospitalar de emergência face à necessidade de prestação de cuidados à pessoa em situação crítica. A literatura evidencia que os usuários reconhecem, na agilidade do acolhimento e no garante das articulações e encaminhamentos necessários, o despertar face ao enfermeiro de um sentimento de confiança e segurança na relação estabelecida (GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2013), tendo o potencial para minimizar o impacto da doença nos membros da família. A avaliação das atitudes dos enfermeiros no serviço hospitalar de emergência perante a importância da família nos cuidados de enfermagem indica que os enfermeiros encaram maioritariamente a família como uma fonte de informação útil, ou seja, a família como um parceiro dialogante e recurso de coping (GALINHA, 2009). Em contrapartida, existe um reduzido reconhecimento em como as famílias podem ser um importante recurso nos cuidados de enfermagem, mobilizando-as enquanto parceiras no cuidar, o que pode estar associado à crença de que não lhes compete cuidar da família ou à expectativa que seja a família a dirigir-se a eles em caso de necessidade.

Deste modo, enquanto objetivo, importa contribuir para a compreensão do processo de acolhimento de enfermagem à família no serviço hospitalar de emergência para a humanização dos cuidados em saúde e o desenvolvimento da enfermagem.

METODOLOGIA

Estudo teórico-concetual, que abrange a análise, a discussão e a síntese conceptual, filosófica, teórica, de modelos, de inovações e de questões emergentes face à problemática do acolhimento de enfermagem à família no serviço hospitalar de emergência. A pesquisa bibliográfica sustenta a fundamentação teórica, a argumentação e a confrontação crítica face

ao estado da arte. A análise aprofundada de um tema que emerge da prática profissional dos enfermeiros, neste contexto específico de cuidados de saúde à população, como o serviço hospitalar de emergência, procura assim dar contributos para o desenvolvimento das Ciências da Saúde, Enfermagem e Educação.

RESULTADOS E DISCUSSÃO

O conceito de enfermagem familiar considera que a família, devido à sua natureza única, é um catalisador das transformações pessoais e sociais, configurando um elemento fundamental na prevenção e promoção da saúde dos seus membros (HANSON, 2005). Nos momentos de maior vulnerabilidade, as famílias são também o contexto para o tratamento e recuperação da doença. A busca de cuidados de saúde num serviço hospitalar de emergência reporta comumente uma situação de risco de vida, na qual a família vê a sua integridade ameaçada (WRIGHT, 2017). Estas situações de doença são também habitualmente súbitas, pelo que a família não teve tempo de se preparar para a gerir. Trata-se, portanto, de um momento de crise familiar em que a família, habitualmente acostumada a cuidar dos seus membros, se encontra agora vulnerável e dependente de outros para cuidar dos seus.

O ambiente do serviço hospitalar de emergência está repleto de tensão, tecnologia avançada e rapidez nos procedimentos por parte dos profissionais de saúde, o que contribui para a ansiedade das famílias face ao desconhecido e a uma situação que não controla (BARRETO *et al.*, 2019). Os enfermeiros são os primeiros profissionais de saúde com quem estas famílias constatam num momento de grande sofrimento face à situação crítica de ente querido (GALINHA; BOTELHO; HENRIQUES, 2015). Paradoxalmente a literatura científica centra-se sobretudo nos procedimentos de admissão, inerentes à classificação de risco através do sistema de triagem (CHABUDÉ; CÉSAR; SANTANA, 2019: NUNES, *et al*. 2017), não dando a visibilidade necessária à intervenção de enfermagem no acolhimento da família. Num estudo sobre a percepção dos usuários no acolhimento de enfermagem no serviço hospitalar de emergência, menos de metade sentiu que tinha sido acolhida, denunciando falta de informação e até de respeito neste contato inicial (GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2013). O acolhimento é descrito não como um cuidado de enfermagem, mas como um atendimento pontual, fragmentado e direcionado apenas à queixa dos usuários (COSTA; GARCIA; TOLEDO, 2016). Denota-se uma lacuna mais acentuada na produção científica atual quando o foco específico deste cuidado é a família.

A família emerge sobretudo como uma fonte de informação pertinente sobre o estado atual do doente e o motivo de recurso ao serviço hospitalar de emergência, sem enfoque na família enquanto alvo do cuidado de enfermagem (BARRETO *et al.*, 2019). Nesta perspectiva existe uma lacuna ao desconsiderar a janela de oportunidade que este encontro único entre o enfermeiro e a família pode gerar em termos de benefícios para a pessoa, mas também para a própria família. Assim, neste paradigma de cuidado é inegável a pertinência de

cuidar destas famílias, acompanhando-as e orientando-as, enquanto vivenciam situações emocionalmente e funcionalmente desafiantes. Os enfermeiros possuem a competência para intervir ao nível da necessidade da família em restabelecer o equilíbrio após a doença crítica de um dos seus membros (WRIGHT, 2017), assegurando a continuidade de cuidados com outros contextos da comunidade.

O cuidar em enfermagem à pessoa em situação crítica e sua família incorpora necessariamente os padrões fundamentais de conhecimento em enfermagem. A teoria *Nursing as Caring* (BOYKIN; SCHOENHOFER, 2001) usa a lente narrativa de uma situação de enfermagem para exemplificar e concetualizar o que se sabe sobre o cuidar e o sentido deste cuidado, enquanto fonte mais elementar do conhecimento de enfermagem. A perspetiva oferecida pela teoria *Nursing as Caring* baseia-se numa visão única ao reconhecer a pessoa como um processo de viver fundamentado no cuidar, aprimorado pela participação nas relações nutritivas com os outros cuidadores, particularmente nas relações de enfermagem. As principais premissas da teoria *Nursing as Caring* (BOYKIN; SCHOENHOFER, 2001) incluem: as pessoas cuidam em virtude da sua humanidade; as pessoas vivem o cuidar momento a momento; as pessoas são unas e completas em cada momento; a pessoalidade é um processo de vida baseado no cuidar; a pessoalidade é aprimorada através da participação em relações nutritivas e estimulantes com outros cuidadores; e a enfermagem é uma disciplina e uma profissão. O foco não é no sentido de um produto final como a saúde ou o bem-estar, mas assenta numa forma única de viver o cuidado no mundo. Uma outra suposição importante é a de que as pessoas são vistas como já completas e crescendo continuamente em completude, assumindo que o cuidado está sendo vivido por cada um de nós, momento a momento. Assim, nesta teoria, a pessoalidade é um conceito desenvolvido pelas autoras que considera o ser de forma singular (BOYKIN; SCHOENHOFER, 2001). A pessoa solicita um compartilhamento do conteúdo e do contexto das experiências de enfermagem à medida que são vividas em padrões significativos, pelo que importa não apenas aprender pela experiência, mas aprender com a experiência vivida.

A evidência ilustra que o cuidado de enfermagem à família no serviço hospitalar de emergência, baseado na experiência vivida do enfermeiro, é composto por várias dimensões: “Sentir-se responsável”; “Acolher, inicialmente, a família”; “Hospedar a família no serviço”; “Estar, plenamente, presente”; “Aconchegar no sofrimento”; “Dançar, com a família, numa situação-limite”; “Confortar, pausadamente, com a informação”; e “Deixar-se tocar, com cuidado, pela vivência da família” (SÁ; VELEZ, 2021). O acolhimento na análise deste fenómeno emerge como um pré-requisito essencial ao desenrolar de uma relação terapêutica com a família que se traduz nas restantes dimensões que compõem o fenómeno.

O conhecimento teórico-científico aliado à experiência profissional vivida torna-se importante para a correta implementação do acolhimento em enfermagem neste contexto (CHABUDÉ; CÉSAR; SANTANA, 2019). Os enfermeiros que cuidam da pessoa em situação crítica no serviço de emergência hospitalar constroem momentos de cuidado centrado

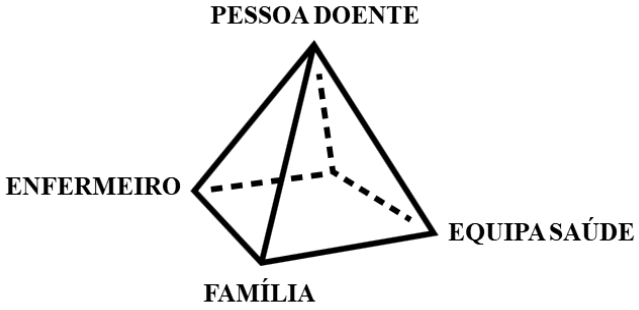
na pessoa e debatem-se com o desafio de construir mais do que momentos, devido à necessidade de priorização de cuidados com que se confrontam no quotidiano, sendo a sua intervenção uma miríade de interações no seio da complexidade dos cuidados de enfermagem.

O conceito de tempo real *versus* tempo vivido/sentido é uma dimensão da relação terapêutica enfermeiro-família que, no âmbito da disponibilidade para o outro, implica o estar plenamente presente naqueles minutos em que o enfermeiro se foca exclusivamente naquela família e nas suas necessidades. A mudança não é só a nível individual, da pessoa enfermeiro, mas das equipas, das chefias intermédias, até às políticas em saúde, de forma a otimizar a transferabilidade da teoria para a prática. Importa a este nível ter consciência do poder do círculo de influências do contexto na implementação do acolhimento formal à família.

O cuidado de enfermagem deve adotar uma perspetiva na qual o centro são a pessoa e a sua família. O cuidado centrado na pessoa mantém a pessoa no centro do processo de decisão sobre a sua situação de saúde-doença (McCOMARCK; McCANCE, 2017) e promove a humanização dos cuidados porque desvia a atenção dos profissionais de saúde da intervenção em si e foca-se sobretudo no cuidar de forma individualizada, respeitando os direitos, crenças e valores das pessoas ao mesmo tempo que promove a confiança mútua, essencial ao estabelecimento da relação terapêutica.

O cuidado centrado na pessoa não se centra só na pessoa doente e sua família, mas também na pessoa do enfermeiro e nas suas necessidades (McCOMARCK; McCANCE, 2017), o que obriga a refletir sobre a importância do desenvolvimento de culturas organizacionais que considerem todos os intervenientes no processo terapêutico. A família beneficia de um acolhimento transdisciplinar no qual a linguagem utilizada é comum aos profissionais de saúde e transmite segurança ao doente e família face à uniformização no procedimento, sendo complementar e não díspar, numa designada pirâmide terapêutica dos cuidados de saúde (Figura 1.).

Figura 1: Pirâmide terapêutica dos cuidados de saúde.



A escala IFCE-AE (Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem – Atitudes dos Enfermeiros) foi aplicada, num estudo, para avaliar as atitudes dos enfermeiros num serviço hospitalar de emergência na relação com a família do doente, tendo revelado maioritariamente a família como parceiro dialogante e recurso de coping (GALINHA: RIBEIRO; PINTO, 2014). Estes resultados denotam uma atitude positiva dos enfermeiros para com as famílias, valorizando a sua presença nos cuidados de enfermagem, contudo ainda emerge a necessidade de mediar a relação dos enfermeiros com a família para que esta não seja vivenciada como um fardo na prestação de cuidados, conduzindo os profissionais a dirigirem-se à família e a acolhê-la no serviço hospitalar de emergência, não só porque reconhecem o seu contributo enquanto parceira no cuidar, mas para também cuidarem da família em si.

Estes resultados orientam ainda os enfermeiros para o reconhecimento da importância de estabelecer uma comunicação terapêutica com os membros da família do doente. A comunicação terapêutica engloba uma série de pré-requisitos, tais como, a empatia, a escuta ativa, a linguagem adaptada ao recetor, a disponibilidade, o ser autêntico na relação, o estar plenamente presente, a gestão da linguagem não verbal e o estabelecer de confiança (BOYKIN & SCHOENHOFER, 2001; McCOMARCK & McCANCE, 2017; RILEY, 2019). O desafio surge em ser tecnicamente competente e dominar as competências interrelacionais de forma que os enfermeiros no acolhimento estejam centrados na pessoa/família e não no processo de acolhimento em si.

Um estudo sobre a comunicação terapêutica com a família da pessoa em situação crítica evidencia a importância do acolhimento da família no contexto, transmitindo informação atualizada de forma regular e usando uma linguagem acessível à compreensão do familiar com recurso a conferências familiares (SÁ; HENRIQUES, 2021). A comunicação terapêutica em enfermagem responde às necessidades dos clientes, sendo a consciência do efeito comunicacional no outro um determinante do seu potencial terapêutico (TAMPARO; LINDH, 2017). O foco do cuidado do enfermeiro, com uma prática avançada, baseia-se na intencionalidade do cuidado na relação entre quem cuida e é cuidado (BENNER, 2005). A intencionalidade imbuída na comunicação é que a torna terapêutica e da mesma forma tal acontece em relação ao acolhimento.

A comunicação terapêutica com a família no serviço hospitalar de emergência é um fator decisivo na promoção da transição segura. O serviço hospitalar de emergência acolhe diariamente pessoas idosas, com grau de dependência grave ou total, em situação de vulnerabilidade acrescida, por doença súbita e/ou agudização de suas doenças crónicas. É inquestionável a necessidade de envolvimento do cuidador familiar na preparação para a alta (CZERWONKA *et al*, 2015), contudo, nestes contextos existem vários constrangimentos que dificultam a identificação e sinalização dos cuidadores familiares que podem vir a ser envolvidos nos cuidados de saúde.

O envolvimento da família permite a sua capacitação para o cuidado à pessoa dependente, o que pode conduzir a melhores resultados em saúde, nomeadamente nos conhecimentos e competências para cuidar da pessoa dependente no domicílio (RODRÍGUEZ-GONZALO *et al*, 2015). A comunicação com a família, através de conversações terapêuticas, sustentadas pelo Modelo de Avaliação e Intervenção Familiar de Calgary (MAIFC), consubstancia-se num importante instrumento de intervenção que permite não apenas capacitar, mas também diminuir o sofrimento, porque clarifica a compreensão da situação, fornece suporte emocional e reduz a ansiedade (WRIGHT; LEAHEY, 2013), o que pode contribuir para uma transição segura, do hospital para o domicílio, inserido na comunidade.

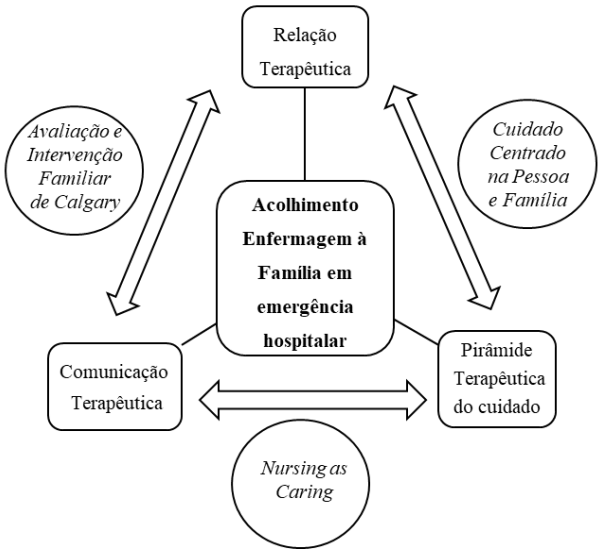
A evidência suporta que quanto melhor for a articulação entre o serviço hospitalar de emergência e os cuidados de saúde prestados na comunidade, menor será a taxa de recorrência a este serviço após a alta e menores serão as complicações e perda de função associadas (HWANG *et al*., 2018). A efetividade do processo de transição entre contextos de cuidados de saúde requer uma equipa colaborativa, englobando o doente e a família, no sentido de desenvolver e implementar o plano terapêutico previamente delineado entre os intervenientes (CHENG *et al*, 2015). Os resultados expectáveis desta intervenção de enfermagem são a diminuição do período de internamento associado ao episódio de urgência, a diminuição da taxa de readmissão dos doentes aos 45 dias, o aumento da perceção da qualidade de vida da pessoa e família, a capacitação da família para a gestão do cuidado, a prevenção da sobrecarga do familiar cuidador e a melhoria de comunicação entre níveis de cuidados de saúde.

Importa assegurar a efetiva continuidade dos cuidados de saúde em segurança, numa perspetiva transdisciplinar, com a co-responsabilização da pessoa e sua família pela adesão ao regime terapêutico. No contexto de serviço hospitalar de emergência faz sentido que o enfermeiro atue como o profissional da equipa de saúde responsável pela atuação como gestor de caso daquela pessoa e família (NUNES *et al.* 2017). Assim, cabe ao enfermeiro o desenvolvimento de uma prática de enfermagem avançada alicerçada em projetos de melhoria contínua da qualidade, que espelhem as suas competências de investigação e liderança, monitorizando o tempo médio entre a referenciação do serviço hospitalar de emergência e a visita domiciliária do centro de saúde, sensibilizando a equipa de saúde transdisciplinar para a prática instituída de verificação nas passagens de turno de doentes e famílias que cumpram os critérios de referenciação e ainda criando, neste contexto, a figura do enfermeiro gestor de caso no garante da continuidade de cuidados entre o hospital e a comunidade.

Deste modo, face às necessidades da pessoa e família, ressalva-se a importância de fomentar a intervenção de enfermagem no processo de acolhimento (GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2013), promovendo mudanças na lógica de atendimento para melhorar a qualidade da assistência aos usuários. A enfermagem privilegia a compreensão das pessoas que vivem o cuidar e crescem no cuidar, enquanto necessidade humana,

à qual a enfermagem é a resposta, reconhecendo a pessoa que cuida e apoiando-a no processo de cuidado (BOYKIN; SCHOENHOFER, 2001). A tomada de decisão profissional do enfermeiro que entra neste mundo com a intenção de conhecer o seu viver cuidando e crescendo no cuidar do acolhimento de enfermagem à família pode utilizar a perspetiva de cuidar em conjunto com outras teorias (Figura 2.).

Figura 2: Concepção teórica do acolhimento à família no serviço de emergência hospitalar.



No processo de acolhimento é necessário o enfermeiro focar-se no cuidado relacional (COSTA; GARCIA; TOLEDO, 2016). O autoconhecimento em enfermagem é fulcral para o desenvolvimento de competências relacionais que permitam alcançar um cuidar centrado na pessoa do doente, pessoa familiar e pessoa enfermeiro (McCOMARCK & McCANCE, 2017). Os enfermeiros plantam as sementes que irão sustentar a relação terapêutica e munem-se de ferramentas comunicacionais que previnam os conflitos com a família, tais como a empatia, a linguagem positiva, a leitura da linguagem corporal, o resumo da informação, a intervenção focada no futuro, a escuta ativa, o reconhecimento de emoções, a exploração de opções, a reformulação da informação, o distinguir posições de interesse e o questionamento circular (GALINHA; RIBEIRO; PINTO, 2014), pois o cuidar em enfermagem baseia-se na interação pessoa-pessoa em determinada situação de cuidado.

Os princípios norteadores do processo de acolhimento devem ser a valorização da pessoa/família e o fortalecimento da relação entre enfermeiros e usuários por meio da escuta e do diálogo, revisitando a informação veiculada, a gerência do caso, os compassos de espera e a satisfação global dos usuários (NUNES *et al.* 2017). As intervenções de acolhimento devem estar presentes em toda a atenção prestada ao outro, numa capacidade diferenciada no olhar, concedido face ao dinamismo e pluralidade das diferentes realidades que desafiam a sensibilidade, a flexibilidade e a criatividade (GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2013). Importa empoderar a enfermagem para refletir sobre o acolhimento como

um processo dinâmico fundamentado na relação singular que se estabelece com a família, assente na informação, orientação e acompanhamento face às suas necessidades.

O acolhimento, enquanto intervenção de enfermagem, assegura um cuidado de qualidade humanizado, baseado na escuta ativa para a identificação de problemas (GUEDES; HENRIQUES; LIMA, 2013), garantindo a resolução das necessidades identificadas. Deste modo, o enfermeiro deve apresentar-se, clarificar os objetivos da relação, apresentar o serviço/equipa e criar um ambiente propício à presença da família, pois independentemente do nível de complexidade do processo de saúde-doença, o acolhimento à família deve ser instituído em todos os serviços de saúde, reconhecendo-a não apenas como parceira no cuidar e elemento integrante do processo de cuidados do doente, mas também como sujeito de cuidados de enfermagem.

O acolhimento em enfermagem deve ser utilizado e aplicado corretamente por profissionais qualificados, treinados e comprometidos (CHABUDÉ; CÉSAR; SANTANA, 2019). Olhar para a família, enquanto foco do cuidado de enfermagem, contribui para a humanização dos cuidados de saúde e cumpre os pressupostos éticos e deontológicos da profissão de enfermagem (WRIGHT; LEAHEY, 2013), pois não se trata meramente de um alargar da esfera de cuidado, mas sim de considerar a família como parte integrante dessa mesma pessoa doente, como unidade sistémica.

CONCLUSÃO

O processo de acolhimento à família no serviço hospitalar de emergência exige intervenções complexas de enfermagem, face aos desafios do próprio contexto, tendo o potencial de atenuar o sofrimento da família e prevenir reinternamentos/complicações nos doentes que têm alta, pelo que se justifica um maior investimento nesta área. Importa dotar os profissionais de saúde da equipa transdisciplinar, e não só, os enfermeiros de formação especializada que os dote de competências para cuidar destas famílias. Em termos organizacionais, é necessário investimento na criação de circuitos específicos para a família, cadeiras para permanecer junto de ente querido, salas de espera/transmissão de más notícias, casas de banho para acompanhantes familiares, máquinas dispensadoras de comida e canais eficazes de comunicação (panfletos, cartazes, mensagens telefónicas, emails, etc…). Importa considerar a importância da liderança em enfermagem na promoção de políticas institucionais e nacionais designadas de Políticas de Apoio à Família (PAF) no domínio da parceria com a família nos diferentes contextos de cuidados de saúde da comunidade e no seu cuidado enquanto unidade de suporte de toda a sociedade. Para a qualidade e implementação desta estratégia há necessidade de investimento na capacitação profissional e na reestruturação das redes de continuidade dos serviços de saúde às famílias. O fomento de investigação na área permitirá a transferabilidade de conhecimento entre a teoria e a prática, facultando a adoção prática de modelos e teorias de enfermagem familiar ao contexto específico de cuidados do serviço hospitalar de emergência.

A reflexão sobre a diversidade e a complexidade do cuidado da família elucida que as questões da família, requerem transdisciplinaridade para se alcançarem novos conhecimentos de intervenção nesta área. A intervenção de enfermagem surge da necessidade do acolhimento de desconhecido, neste caso a família do doente, à esfera de cuidados de enfermagem no serviço hospitalar de emergência. A família não é esperada pelo enfermeiro, contudo exige o cuidado de enfermagem, apesar de surgir na esfera de cuidado de forma não anunciada. O acolhimento, que possibilita todo o desenrolar do processo de acompanhamento da família face à doença crítica de ente querido, emerge como uma componente essencial da qualidade dos cuidados e humanização em saúde.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

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

REFERÊNCIAS

BARRETO, Mayckel da Silva; GARCIA-VIVAR, Cristina; MATSUDA, Laura Misue; ANGELO, Margareth; OLIVEIRA, Magda Lúcia Félix de; MARCON, Sónia Silva. Presença da família durante o atendimento emergencial: Vivência de pacientes e familiares. **Texto & Contexto: Enfermagem**, *28*(2), e20180150, 2019. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0150

BENNER, Patrícia. **De Iniciado a Perito - Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem**. Coimbra: Quarteto Editora, 2005. 262 p. ISBN:9895580525.

BOYKIN, Anne; SCHOENHOFER, Savina O'Bryan. **Nursing as Caring: A model for transforming practice**. Sudbury: Jones & Bartlett, 2001. 65 p. ISBN:9780763716431.

CHABUDÉ, Tatiana Gerelus; CÉSAR, Gisele Cristina, SANTANA, Cleiton José. Acolhimento e classificação de risco em unidade de urgência: relato da experiência de implantação do sistema de triagem de Manchester, **Revista Ensaios e Ciência**, v.23 (2), p.121-5, 2019. Disponível em: https://doi.org/10.17921/1415-6938.2019v23n2p121-125

CHENG, Shu-Ling; ZHAO, Jin-Zhi; ZANG, Xiao-Ying. Continuity of care for older adults with chronic illness in China: An exploratory study. **Public Health Nursing**, 32(4), 298-306, 2015. Disponível em: https://doi.org/10.1111/phn.12163

COIMBRA, Nelson (Coord.). **Enfermagem de Urgência e Emergência**. Lisboa: Lidel Edições Técnicas, 2021. 456 p. ISBN:9789897525742.

COSTA, Paula; GARCIA, Ana Paula; TOLEDO, Vanessa. Acolhimento e cuidado de enfermagem: Um estudo fenomenológico. **Texto & Contexto: Enfermagem**, *25*(1), e4550015, 2016. Disponível em: http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072016004550014.

CZERWONKA, Anna I.; HERRIDGE, Margaret S., CHAN, Linda; CHU, Leslie Michele; MATTE, Andrea; CAMERON, Jill I. Changing support needs of survivors of complex critical illness and their family caregivers across the care continuum: a qualitative pilot study of Towards RECOVER. **Journal of Critical Care**, 30(2), 242-9, 2015. Disponível em: http://doi.org/10.1016/j.jcrc.2014.10.017

GALINHA, Florinda; RIBEIRO, Maria Teresa; PINTO, Joana Carneiro. Contributos das técnicas de mediação familiar na relação enfermeiro-família em serviços de urgência. In RIBEIRO, Maria Teresa; MATOS, Paulo Teodoro; PINTO, Helena Rebelo (ed.) **Mediação familiar: contributos de investigações realizadas em Portugal.** Lisboa: Universidade Católica Editora, 2014. 160-77 p. ISBN:978-972-54-0417-1.

GALINHA, Florinda; BOTELHO, Maria Antónia; HENRIQUES, Maria Adriana. Cuidar da família da pessoa em situação crítica: a experiência vivida do enfermeiro. **Revista Pensar Enfermagem**, Vol.19 (1): 31-46, 2015. Disponível em: http://pensarenfermagem.esel.pt/files/PE_19_1sem2015_31_46.pdf

GALINHA, Florinda. Mediar para cuidar: As atitudes dos enfermeiros num Serviço de Urgência na relação com a família do utente. In BARBERI, Maria do Céu (Coord.). **Da Investigação à Prática de Enfermagem de Família**. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2009. 49-57 p. ISBN 978-989-96103- 2-3.

GUEDES, Maria Vilani Cavalcante; HENRIQUES, Ana Ciléia Pinto Teixeira; LIMA, Morgama Mara Nogueira. Acolhimento em um serviço de emergência: percepção dos usuários. **Revista Brasileira de Enfermagem REBEN**, jan-fev; 66(1): 31.7, 2013. Disponível em: https://doi.org/10.1590/S0034-71672013000100005.

HANSON, Shirley M. Harmon. **Enfermagem de cuidados de saúde à família: Teoria, prática e investigação** (2ed). Loures: Lusodidata, 2005. 508 p. ISBN:9789728383831.

HESBEEN, Walter. **Cuidar neste mundo: Contribuir para um universo mais cuidador.** Loures: Lusociência, 2004. 296 p. ISBN: 9789728383718.

HSIAO, Ping-Ru; REDLEY, Bernice; HSIAO, Ya-Chu; LIN, Chun Chih; HAN, Chin-Yen; LIN, Hung-Ru. Family needs of critically ill patients in the emergency department. **International Emergency Nursing**, *30*, 3-8, 2017. Disponível em: https://doi.org/10.1016/j.ienj.2016.05.002.

HWANG, Ula; DRESDEN, Scott M.; ROSENBERG, Mark S.; GARRIDO, Melissa M.; LOO, George; SZE, Jeremy *et al*. Geriatric Emergency Department Innovations: Transitional Care Nurses and Hospital Use. **Journal of the American Geriatrics Society**, 66: 459-66, 2018. Disponível em: https://doi.org/10.1111/jgs.15235

MCCORMACK, Brendan; MCCANCE, Tanya. **Person-Centred Nursing and Health Care: Theory and Practice.** Oxford: Wiley, 2017. 288 p. ISBN: 978-1-118-99056-8.

NUNES, Bruna Xavier *et al*. Atuação do enfermeiro no acolhimento com classificação de risco: caracterização do atendimento mediante protocolos: uma revisão da literatura. **Revista Científica FacMais**, vol. X, n.º3, set., 2017. ISSN 2179-1589

RILEY, Julia Balzer. **Communication in nursing** (9ª ed.). EUA: Elsevier, 2019. 350 p. ISBN:9780323625487.

RODRÍGUEZ-GONZALO, Ana; GARCÍA-MARTÍ, Carlos; OCAÑA-COLORADO, Ascensión; BAQUERA-DE MICHEO, Maria José; MOREL-FERNÁNDEZ, Silvia. Efficiency of an intensive educational program for informal caregivers of hospitalized, dependent patients: cluster randomized trial. **BMC Nursing,** 14(1), 1-12, 2015. Disponível em: https://doi.org/10.1186/s12912-015-0055-0

SÁ, Florinda Laura; VELEZ, Maria Antónia. O cuidado à família no serviço de urgência: A experiência vivida do enfermeiro. **Revista de Enfermagem Referência**, 5(8), e21007, 2021. Disponível em: https://doi.org/10.12707/RV21007.

SÁ, Florinda Laura; HENRIQUES, Helga Rafael. Estratégias de comunicação com a família da pessoa em situação crítica: revisão integrativa. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental,** n.º 26, p. 109-123, dez. 2021. Disponível em: https://doi.org/10.19131/rpesm.313.

SHEEHY, Susan (Coord.). **Enfermagem de Urgência: da teoria à prática** (6ª ed.). Loures: Lusodidacta, 2011. 823 p. ISBN: 9789728930639.

TAMPARO, Carol; LINDH, Wilburta. **Therapeutic communication for healthcare professionals** (4ª ed.) EUA: Delmar, 2017. 297 p. ISBN: 10:1-4180-3264-6.

WRIGHT, Lorraine; LEAHEY, Maureen. **Nurses and families: A guide to family assessment and intervention** (6th ed.). Philadelphia: F.A. Davis Company, 2013. 392 p. ISBN-10:0-8036-2130-2

WRIGHT, Lorraine. **Suffering and spirituality: The path to illness healing** (4th ed.). Calgary: Floor Press, 2017. 264 p. ISBN-13:978-1897530856.

CAPÍTULO 4

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM NA PROMOÇÃO DA AUTOEFICÁCIA DO CUIDADOR FAMILIAR

Laura Maria Monteiro Viegas.

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

ORCID https://orcid.org/0000-0003-1411-7245

RESUMO: Objetivo: Avaliar o impacto de uma intervenção de enfermagem suportada num programa psicoeducativo de gestão do stresse, na auto eficácia do cuidador. **Métodos:** Estudo quase-experimental. A amostra são 64 cuidadores familiares de idosos com dependência, no domicílio, distribuídos pelo Grupo Experimental (GE=32) e pelo Grupo Controlo (GC=32) que foram avaliados em 3 momentos durante 8 meses. O instrumento de avaliação foi o questionário de caracterização das dimensões do modelo de desenvolvimento de stresse de Pearlin: contexto de cuidados, stressores primários. A dimensão stressores secundários foi avaliada pela Escala de Auto eficácia do cuidador (Mata, 2012). **Resultados:** Após a intervenção de enfermagem o GE manteve a auto eficácia enquanto que no GC diminuiu. Entre T2 –T3 verificou-se a diminuição da auto eficácia em ambos os grupos mas mais acentuada no GC. **Conclusão:** A intervenção de enfermagem suportada pelo programa psicoeducativo é de fácil aplicação, deve ser implementada no início do desempenho do papel de cuidador para promover a confiança na competência nesse papel no *continuum* de cuidados. Durante este processo, é importante o enfermeiro explorar e integrar novas formas de reforço da auto eficácia do cuidador neste seu papel contribuindo para a proteção da sua saúde reduzindo o risco de ele se tornar cliente do sistema de saúde.

PALAVRAS-CHAVE: Enfermagem. Cuidador. Auto eficácia.

NURSING INTERVENTION IN THE PROMOTION OF FAMILY CAREGIVER SELF-EFFICIENCY

ABSTRACT: Objective: To assess the impact of a nursing intervention supported by a psychoeducational stress management program on a caregiver self-efficacy. **Methods:** Quasi-experimental study. The sample consist of 64 family caregivers of elderly people with dependence, at home, distributed by the Experimental Group (EG=32) and by the Control Group (EC=32) who were evaluated at 3 moments during 8 months. The assessment instrument was the questionnaire characterizing the dimensions of Pearlin's stress development model: context of care, primary stressors. The secondary stressors dimension

was assessed by the Caregiver Self-Efficacy Scale. **Results:** After the nursing intervention, the EG maintained self-efficacy while in the CG it decreased. Between T2-T3, there was a decrease in self-efficacy in both groups, but more pronounced in the CG. **Conclusion:** The nursing intervention supported by the psychoeducational program is easy to apply and should be implemented at beginning of the caregiver role to promote confidence in the competence in this role in the care continuum. During this process, it is important for nurse to explore and integrate new ways of strengthening the caregiver's self- efficacy in this role, contributing to the protection of their health, reducing the risk of them becoming a client of the health system.

KEY-WORDS: Nursing. Caregiver. Self-efficacy.

INTRODUÇÃO

Portugal mantem a tendência verificada a nível mundial sobre o envelhecimento demográfico. Os Censos de 2021 revelam que o número de pessoas com 65 anos ou mais de idade aumentou 20,6 por cento nos últimos 10 anos, representando, atualmente, 23,4% da população portuguesa [INSTITUTO NACIONAL DE ESTATÍSTICA (INE), 2021].

O aumento da proporção de pessoas idosas e da esperança de vida leva a que um número cada vez maior de famílias tenha a seu encargo uma pessoa idosa com dependência e deste modo aumenta o número de cuidadores idosos (DIXIE, TEIXEIRA, AREOSA, FRONTINI, PERALTA, QUERIDO, 2019). O assumir do papel de cuidador, muitas das vezes, de forma involuntária e imprevista conduz a uma obrigação pessoal, familiar e/ou moral no aceitar a responsabilidade pela prestação desses cuidados (MÓNICO, CUSTÓDIO, FRAZÃO, PARREIRA, CORREIA, FONSECA, 2017), que condiciona a dinâmica familiar (FERREIRA, MUTRO, CONDE, MARIN, MEGUIN, MAZZARETTO, 2018).

Segundo a Lei nº 100/2019 de 7 de setembro, que aprova o Estatuto do cuidador informal, é considerado cuidador principal, o conjugue ou unido de facto, parente ou afim até ao 4º grau da linha reta ou da linha colateral da pessoa cuidada, que acompanha e cuida desta de forma permanente, que com ela vive em comunhão de habitação e que não aufere qualquer remuneração de atividade profissional ou pelos cuidados que presta à pessoa cuidada.

Com o passar do tempo, a atividade de cuidar torna-se extremamente cansativa (FELIPE, OLIVEIRA, SILVA, MENDES, CARVALHO, SILVA-JÚNIO, FIGUEIREDO, 2020) pelo que o processo de cuidados, descrito na literatura como *caregiving,* pode ser estressante emergindo o cuidado como agente estressor que leva o cuidador familiar (CF) a procurar um ajustamento no sentido de lidar com a situação estressante.

O modelo de desenvolvimento do estresse de Pearlin é usado no estudo do estresse do cuidador (CHENG, AU, LOSADA, THOMPSON, GALLAGHER-THOMPSON, 2019) e define o estresse como o resultado de uma interação entre as pessoas, o ambiente e o

contexto em que se encontram; também do ponto de vista psicológico permite entender em que consiste o processo de cuidado e porque habitualmente este processo está associado a consequências negativas para o cuidador (GAUGLER et al., 2018).

O *caregiving* associa a sobrecarga do cuidador a problemas psicológicos, saúde física e financeira (ALZHEIMER'S ASSOCIATION, 2019; PEGO, NUNES, 2018) mais insónia, maior prevalência de consumo do tabaco e de álcool (HOPPS, IADELUCA, MCDONALD, MAKINSON, 2017). Além disso, o *caregiving* também tem repercussões diretas nos cuidados prestados (HENRIQUE DE SOUZA, RODRIGUES, ALCANTARA, ARAÚJO DE CARVALHO, BRITO DE SANTOS, MACHADO, 2021), nomeadamente a prestação de cuidados cujo foco é a pessoa idosa com dependência (FELIPE et al, 2020). Tal impacto ao nível da saúde do cuidador envolve maiores necessidades de recurso dos cuidados de saúde aos cuidadores com implicações para os sistemas de saúde e organizações empregadoras (HOPPS et al., 2017).

Importa implementar redes de apoio com suporte ao nível da saúde, e acompanhamento pelas equipas de saúde a fim de evitar que o cuidador se torne cliente do sistema de saúde (HENRIQUE DE SOUZA et al., 2021).

Perante esta realidade torna-se prioritário intervir (SOUSA, SEQUEIRA, FERRÉ-GRAU, 2020) perspectivando-se a necessidade de um conjunto de ações para apoiar os cuidadores no seu papel (DIXIE et al., 2019).

A auto eficácia do cuidador é um forte fator preditivo para adquirir comportamentos promotores da saúde. As crenças de auto eficácia refletem a confiança na capacidade de executar comportamentos específicos perante acontecimentos situacionais (STEFFEN et al., 2019).

A enfermagem é capaz de responder eficazmente ao desafio de cuidar de alguém que cuida de idosos (IWASAKI, YAMAMOTO-MITANI, SATO, YUMOTO, NOGUCHI-WATANABE, OGATA, 2017). O conhecimento é a pedra basilar do cuidado profissional. GAUT, citado por WATSON salienta a necessidade de que "exista consciência e *conhecimento* acerca das necessidades individuais para cuidar; uma intenção para atuar e ações baseadas no *conhecimento* e por último que ocorra, uma mudança positiva como resultado do cuidar, julgada unicamente com base no bem-estar dos outros" (WATSON, 2002, p.60). Outra condição essencial para o cuidado de enfermagem a uma pessoa, é que ele tem de ser individualizado. SUHONEN, VALIMAKI, LEINO-KILPI (2008) salientam que uma experiência de saúde é um fenómeno individual e como tal a intervenção de enfermagem precisa ser também individualizada e para tal acontecer importa que a enfermeira recolha informação sobre as características, preferências, necessidades e percepções da pessoa cuidada, pois daí decorrerão intervenções, em que a pessoa cuidada toma a decisão sobre qual deve ser a ação mais ajustada a si.

De facto, a implementação de intervenções estruturadas e contextualizadas, permitem aos cuidadores uma melhor adaptação e um *coping* mais eficaz (MELO,

RUA, SANTOS, NOVAIS, MOTA, PRÍNCIPE, SILVA, 2021). A teoria da auto eficácia, na perspectiva de STEFFEN et al. (2019) pode explicar a variabilidade de respostas dos cuidadores a situações similares de prestação de cuidados. Além disso, compreender o perfil das crenças de cada cuidador acerca da sua capacidade de cuidar pode identificar áreas de vulnerabilidade em lidar com as exigências do ato de cuidar e assim orientar os profissionais para a implementação de intervenções psicoeducativas com vista à promoção da auto eficácia e bem-estar do cuidador. A psicoeducação possibilita ao cuidador adquirir estratégias de adaptação pala lidar com o estresse decorrente do *caregiving* através de um formato estruturado dispondo de tempo para a didática e para a prática (CHENG, et al, 2019).

Esta pesquisa [parte do resultado da investigação no âmbito do doutoramento em enfermagem (VIEGAS, 2020)], foi norteada pelo objetivo do estudo: avaliar o impacto de uma intervenção de enfermagem suportada num programa psicoeducativo de gestão do estresse na auto eficácia do cuidador.

METODOLOGIA

Tipo de estudo - quase experimental.

Participantes

Os cuidadores familiares (CF) de idosos inscritos no apoio domiciliário nas Unidades de Cuidados na Comunidade (UCC) de um Agrupamento dos Centros de Saúde (ACES) da Região de Lisboa. O processo de constituição da amostra decorreu entre maio 2015 até maio 2017.

Os participantes do estudo foram recrutados pelos enfermeiros da UCC. Estes foram distribuídos por dois grupos: GE (Grupo Experimental) e GC (Grupo Controlo): de acordo com a lista de espera existente para atendimento domiciliário e o CF mostrar disponibilidade para os encontros com a enfermeira e investigador o que correspondeu a um encontro de uma sessão individual de acompanhamento durante 5 semanas. Os participantes que aderiram foram alocados para o GE que recebeu a intervenção com base no programa psicoeducativo de gestão do estresse. Os CF que integraram o GC receberam os cuidados habituais proporcionados pela UCC.

Os participantes estiveram num período avaliação continuado durante 8 meses. Procedeu-se à 1ª avaliação antes da intervenção (momento T1), a 2ª avaliação 2 meses após a primeira avaliação (neste período decorreu a intervenção no GE) (momento T2) e a 3ª avaliação 6 meses após a 2ª avaliação (momento T3- *follow-up*).

Dos 86 participantes elegíveis, aplicados os critérios de inclusão e exclusão ficaram 77.

Critérios de inclusão:

Cuidadores:

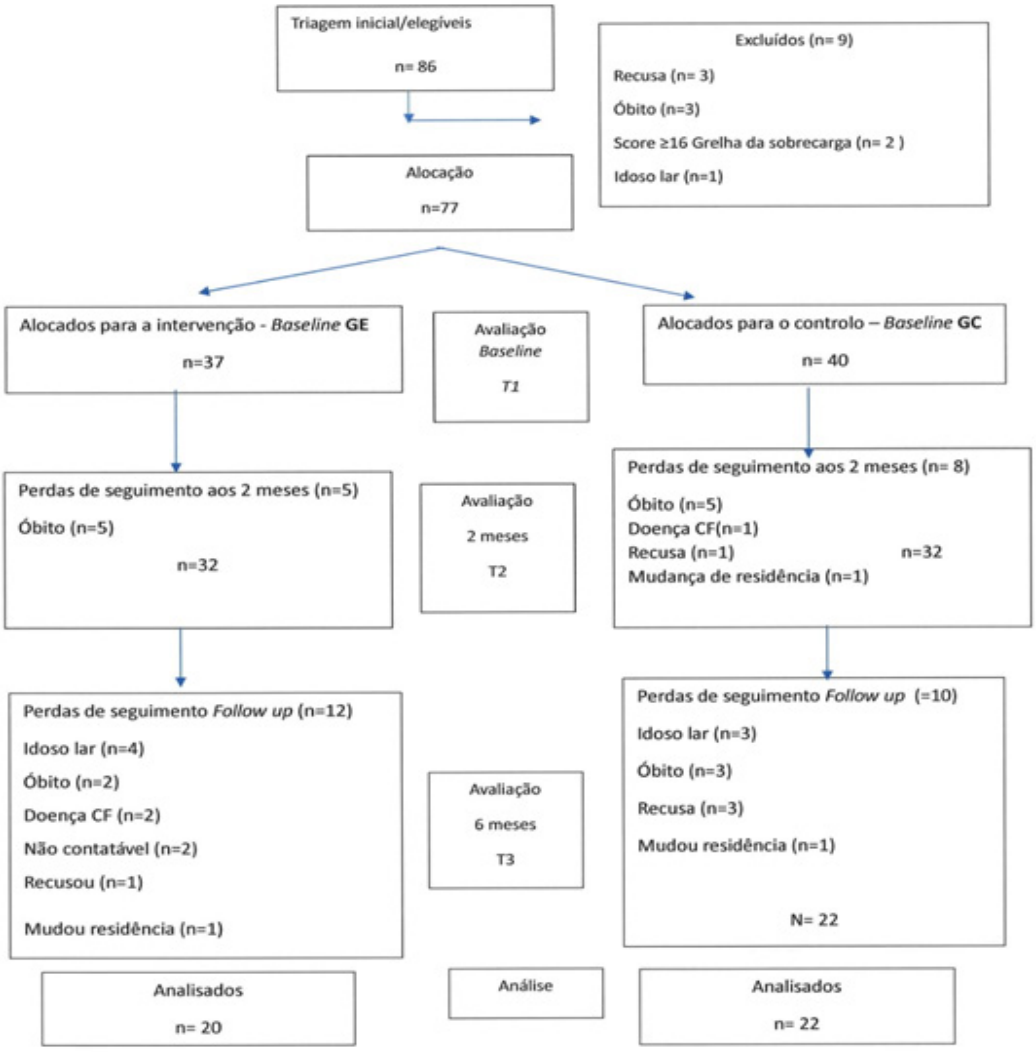
- Familiares, de ambos os sexos que assumiam a responsabilidade pelos cuidados ao idoso com dependência nas AVD.
- Utilizando a "Grelha para despiste do cuidador em risco de sobrecarga" todos os cuidadores com score ≤16 (DUCHARME, TRUDEAU, WARD, 2008);
- Idade superior a 18 anos;
- Saber ler e escrever português, disporem de contato telefónico;
- Aceitarem participar no estudo e darem o consentimento informado por escrito.

Critérios de exclusão:

CF de pessoas com doença de Alzheimer diagnosticada à data do recrutamento.

Do T1 para T2 verificou-se uma perda de 13 participantes (17%). Assim o GE contou com 32 participantes e o GC com o mesmo número 32. Do estudo T2 para T3 registou-se uma perda de 22 participantes (34.4%), assim o GE terminou com 20 participantes e o GC com 22 (figura 1).

Figura 1 – Fluxograma do GE +GC



Instrumentos de medida e variáveis

O instrumento de avaliação contemplou as variáveis que operacionalizam as dimensões do modelo de desenvolvimento estresse de PEARLIN (1990). As dimensões avaliadas no estudo: *i)* contexto de cuidados; *ii)* fatores de estresse primários, apenas os objetivos; *iii)* fatores de estresse secundários, apenas a tensão intrapsíquica.

i) Dimensão Contexto de cuidados

Nesta dimensão avaliou-se além das características sociodemográficas do CF e do idoso cuidado (sexo, idade, estado civil, escolaridade e situação perante o trabalho, apenas para o CF); história da prestação do cuidado (relação de parentesco, situação ou não de coabitação, tempo que cuida em anos, número de horas diárias na prestação de cuidados)

ii) Dimensão estressores primários objetivos.

Nesta dimensão os dados dizem respeito ao idoso: grau de dependência do idoso nas AVD e estado cognitivo.

As AVD dividem-se em básicas (AVDB) e instrumentais (ADVI). Assim, para avaliar as referidas atividades incluiu-se uma questão do estudo de FIGUEIREDO (2007) com o objetivo de conhecer o grau de dependência do idoso em relação ao cuidador na realização das AVD. A possibilidade de resposta era: Nada (1); Pouco (2); Muito (3); Completamente (4).

Para avaliar o estado cognitivo do idoso recorreu-se ao Instrumento de Avaliação Integrada usada nas Unidades de saúde para a avaliação regular da pessoa em acompanhamento. A informação selecionada deste instrumento refere-se à orientação no tempo e orientação no espaço. A possibilidade de avaliação: Mau (0); Insatisfatório (1); Satisfatório (2) e Bom (4).

iii) Dimensão estressores secundários

Dos três construtos da tensão intrapsíquica: a clausura de papel, ganhos e competência apenas foi avaliada a última, em termos de auto eficácia pelo que usamos a versão portuguesa da Escala de Auto eficácia do cuidador elaborada por Mata (2012) a partir da *The Revised Scale for Caregiving Self – Efficacy* de STEFFEN, MCKIBBIN, ZEISS, GALLAGHER-THOMPSON, BANDURA (2002). A escala tem 22 itens, os quais distribuem-se por 4 dimensões da Auto eficácia (AE):

AE para obter pausa junto dum amigo - avaliada por 5 itens relacionados com a auto eficácia para obter uma pausa junto dos amigos.

AE para obter pausa junto dum familiar - avaliada por 5 itens relacionados com a auto eficácia para obter uma pausa junto dos familiares.

AE para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada - avaliada por 6 itens relacionados com a auto eficácia para responder a comportamentos inadequados da pessoa cuidada.

AE para controlar comportamentos negativos acerca do ato de cuidar - avaliada por 6 itens relacionados com a auto eficácia para controlar pensamentos negativos acerca do ato de cuidar.

As questões para obter uma pausa são as mesmas para o amigo ou para o familiar (MATA, 2012) sendo as questões ímpares destinadas ao amigo e os pares destinadas à

família. Os autores utilizaram uma escala de medida de 0% a 100% para medir a segurança dos respondentes na capacidade de realizar as atividades referenciadas no instrumento. Assim a escala é tipo *Likert* com possibilidade entre: Nada capaz = 0 (0%); Pouco capaz = 1 (25%); Moderadamente capaz = 2 (50%); Bastante capaz =3 (75%) e Completamente capaz = 4 (100%). A pontuação obtida oscila entre 0-88 pontos. A maior pontuação corresponde uma maior auto eficácia e a média da escala corresponde a 44 pontos (Pereira, 2018).

No nosso estudo além de calcular em separado a AE para obter pausa junto dum familiar e junto dum amigo, também calculamos a AE para obter uma pausa somando estas duas resultando "Pausa total".

Estabelecemos como hipóteses:

1- O sistema cliente do GE apresenta melhores resultados nas variáveis em comparação com o sistema cliente do GC no momento T2 (pós intervenção);
2- O sistema cliente do GE apresenta melhores resultados do momento T1 para o momento T3 nas variáveis em comparação com o sistema cliente do GC.

Programa Psicoeducativo de gestão do estresse destinado aos cuidadores de um familiar idoso no domicílio

O "*Programme psychoéducatif de gestion du stress destiné aoux proches-aidants d'un parent âgé à domicile*" de DUCHARME, TRUDEAU, WARD (2008) tem subjacente o conceito de estresse e de *coping* do modelo de LAZARUS, FOLKMAN (1984) na prestação de cuidados. Este programa segundo as autoras propõe um caminho para reduzir o estresse que pode estar ligado às diferentes situações e contextos das pessoas que ocupam um papel importante no cuidar de um familiar idoso no domicílio. Este programa tem como objetivo geral que os cuidadores desenvolvam competências para gerir situações difíceis/estressantes que vivem na prestação de cuidados ao familiar idoso no domicílio. É constituído por 5 etapas, cada uma corresponde a um encontro entre o enfermeiro e o cuidador, pelo que a intervenção suportada pelo programa demora pelo menos 5 semanas e cada encontro em média 20-30 minutos. As etapas são: 1ª etapa: Tomada de consciência, 2ª etapa: Escolha de uma situação estressante e de um objetivo a atingir, 3ª etapa: Análise da situação, 4ª etapa: Escolha de uma estratégia adaptada à situação escolhida e ação, 5ª etapa: Avaliação.

Na aplicação do programa para a intervenção foram disponibilizados um manual de orientação para o enfermeiro e um caderno destinado ao cuidador.

Foi feita a adaptação para a língua portuguesa do material de apoio ao programa.

Foi acordada uma data para início da implementação da intervenção que correspondeu ao estudo piloto (VIEGAS, FERNANDES, VEIGA, 2018).

Análise estatística dos dados

Todas as análises foram efetuadas com o software SPSS Statistics (v22). Para a comparação dos referidos 2 grupos recorreu-se inicialmente à estatística descritiva (média, mediana, desvio-padrão, máximo e mínimo (para o caso das variáveis quantitativas) e contagens e percentagens em coluna (para o caso das variáveis qualitativas) e estatística inferencial (o teste de *Qui-Quadrado* e o *Teste de Fisher para variáveis qualitativas e* o teste de comparação de valores médios *teste-t,* Teste de *Mann-Whitney* para variáveis quantitativas, quando não se verificou a normalidade das variáveis nos dois grupos). *Para* testar a normalidade das variáveis nos 2 grupos, utilizou-se tanto o teste de Kolmogorov-Smirnov como o de Shapiro-Wilk. Para todas as análises, escolheu-se um nível de significância de 10%.

Procedimentos Éticos

O protocolo de investigação foi aprovado pelo Diretor Executivo do respetivo ACES e obteve-se parecer favorável da Comissão de Ética para a Saúde da Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo 093/CES/INV/2014.

Os cuidados éticos foram sempre assegurados na realização da própria intervenção de enfermagem (HOLZEMER, 2010), pois tais princípios são intrínsecos ao cuidado de enfermagem. Particularmente o respeito pela disponibilidade do CF, a centralidade no seu problema, a individualização do cuidado, o acreditar nas potencialidades e recursos do CF e o evitamento de juízos de valor.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

Para verificar se os dois grupos eram homogéneos foram avaliados os resultados de ambos no momento pré intervenção (T1) no qual incluímos variáveis da dimensão contexto de cuidados: caracterização sociodemográfica (quadro 1) e história da prestação de cuidados quadro 2) e da dimensão estressores primários objetivos: dependência do idoso nas AVD e estado cognitivo (quadro3).

Quadro 1: Comparação nos dois grupos: variáveis da dimensão contexto de cuidados (caracterização sociodemográfica)

Variáveis	Categoria da variável	Medidas estatísticas	GE n=32	GC n=32	Comparação dos grupos
CF					
Idade		Media	62,97	63,59	Mann Whitney *p* =,930
		Mediana	66	66	
		DP	15,64	13,36	
		Min-Max	24-86	31-86	
Sexo	Feminino	n (%)	25 (78,1%)	23 (71,9%)	Teste de Fisher *p* =,774
	Masculino	n (%)	7 (21,9%)	9 (28,1%)	
Estado civil	Casado (a)	n (%)	21 (65,6%)	18 (56,3%)	Qui-Quadrado *p* =,678
	Solteiro (a)	n (%)	7 (21,9%)	7 (21,9%)	
	Viúvo (a)	n (%)	2 (6,3%)	2 (6,3%)	
	Divorciado (a) / separado (a)	n (%)	2 (6,3%)	5 (15,6%)	
Escolaridade	Sabe ler e escrever	n (%)	0	2 (6,3%)	Qui-Quadrado p=,305
	1º ciclo do ensino básico	n (%)	9 (28,1%)	12 (37,5%)	
	2º ciclo do ensino básico	n (%)	0	0	
	3º ciclo do ensino básico	n (%)	7 (21,9%)	3 (9,4%)	
	Ensino secundário	n (%)	5 (15,6%)	7 (21,9%)	
	Curso superior	n (%)	11 (34,4%)	8 (25,0%)	
Situação perante o trabalho	Empregado (a)	n (%)	7 (21,9%)	9 (28,1%)	Qui-Quadrado p=,949
	Desempregado (a)	n (%)	4 (12,5%)	4 (12,5%)	
	Reformado (a)	n (%)	20 (62,5%)	18 (56,3%)	
	Outra	n (%)	1 (3,1%)	1 (3,1%)	
Idoso cuidado					
Idade		Media	81,69	80,34	Mann Whitney *p* =,619
		Mediana	83,5	81,5	
		DP	8,69	8,96	
		Min-Max	65-100	65-95	
Sexo	Feminino	n (%)	15 (46,9%)	17 (53,1%)	Teste de Fisher *p* =,803
	Masculino	n (%)	17 (53,1%)	15 (46,9%)	
Estado civil	Casado (a)	n (%)	18 (56,3%)	14 (43,8%)	Qui-Quadrado *p* =,300
	Solteiro (a)	n (%)	5 (15,6%)	3 (9,4%)	
	Viúvo (a)	n (%)	7 (21,9%)	14 (43,9%)	
	Divorciado (a) / separado (a)	n (%)	2 (6,3%)	1 (3,1%)	

Quadro 2: Comparação os dois grupos: variáveis da dimensão contexto de cuidados (história da prestação de cuidados)

Variáveis	Categoria da variável	Medidas estatísticas	GE n=32	GC n=32	Comparação dos grupos
CF					
Grau de parentesco	Cônjugue	n (%)	14 (43,8%)	12 (37,%)	Qui-Quadrado *p* =,731
	Filho(a)	n (%)	15 (46,9%)	18 (56,3%)	
	Outra	n (%)	3 (9,4%)	2 (6,3%)	
Co-habitação	Sim	n (%)	28 (87,5%)	27 (84,4%)	Teste de Fisher *p* =1,000
	Não	n (%)	4 (12,5%)	5 (15,6%)	
Tempo que cuida em anos	Menos de 6 meses	n (%)	8 (25,0%)	7 (21,9%)	Qui-Quadrado *p* =,877
	6 meses e 1 ano	n (%)	3 (9,4%)	5 (15,6%)	
	Entre1 e 3 anos	n (%)	9 (28,1%)	8 (25,0%)	
	Entre 3 e 5 anos	n (%)	2 (6,3%)	4 (12,5%)	
	Entre 5 e 10 anos	n (%)	5 (15,6%)	3 (9,4%)	
	Há mais de 10 anos	n (%)	5 (15,6%)	5 (15,6%)	
Nº horas diárias de prestação de cuidados	Entre 1-3 horas	n (%)	2 (6%)	6 (19%)	Qui-Quadrado *p*=,448
	Entre 3-5 horas	n (%)	5 (16%)	6 (19%)	
	Entre 5-10 horas	n (%)	6 (19%)	5 (16%)	
	Mais 10 horas	n (%)	19 (59%)	15 (47%)	

Quadro 3: Comparação nos dois grupos: variáveis da dimensão estressores primários objetivos

Idoso					
Estado cognitivo	Mau	n (%)	8 (25%)	10 (31%)	Qui-Quadrado p=,889
	Insatisfatório	n (%)	4 (13%)	3 (9%)	
	Satisfatório	n (%)	3 (9%)	4 (13%)	
	Bom	n (%)	17 (53%)	15 (47%)	
Dependência AVD					
AVDB		Media	3,1	2,8	Mann Whitney p=,178
		Mediana	3,4	2,8	
		DP	0,9	0,9	
		Min-Max	1-4	1-4	
AVDI		Media	3,5	3,2	Mann Whitney p=,347
		Mediana	3,9	3,4	
		DP	0,7	0,9	
		Min-Max	1-4	1-4	
AVD total		Media	46	41,9	Mann Whitney p=,203
		Mediana	50,5	42	
		DP	10,9	11,8	
		Min-Max	14-56	19-56	

Não se observou qualquer diferença estatisticamente significativa (p>0,1) entre o GE e o GC relativamente às variáveis avaliadas.

Assim, podemos assumir a homogeneidade estatística dos dois grupos em comparação, para o nível de significância de 10%.

O quadro 4 mostra as diferenças na variável auto eficácia nos dois grupos, nos momentos T1, T2 e T3.

Quadro 4- Comparação nos 2 grupos da variável autoeficácia da dimensão_stressores secundários (tensão intrapsíquica)

Variável Autoeficácia	Medidas estatísticas	T1			T2			T3		
		GE	GC	Teste estatística	GE	GC	Teste estatística	GE	GC	Teste estatística
AE pausa amigos	Média Mediana DP	7,1 4 9,6	6,9 6 7,5	Mann Whitney p=,477	7,9 4,5 10,7	7,3 5,5 8,8	Mann Whitney p=,914	6 6 5,1	4,8 1,5 6,6	Mann Whitney p=,242
AE pausa familiar	Média Mediana DP	10,3 9 8,6	11,7 11 8,3	Mann Whitney p=,408	9,3 8 7,8	10,5 9,5 8,8	Mann Whitney p=,531	8,1 5,5 7	8,9 7,5 6,5	Mann Whitney p=,528
Pausa total	Média Mediana DP	17,4 12 16	18,6 13,7 13,7	Mann Whitney p=,231	17,3 11 16,7	17,8 14 16,1	Mann Whitney *p*=,64	14,1 11,5 10,5	13,7 11 11,4	Mann Whitney *p*=,82
AE gerir comp. Inadequado idoso	Média Mediana DP	20,3 18,5 9,6	20,6 18 9,7	Mann Whitney p=,925	20,1 19 10,1	21,9 20 11,8	t=,656 P=,52	14,5 15 5,7	17,2 15 11,8	Mann Whitney p=,860
AE controlo pensamentos negativos sobre o cuidar	Média Mediana DP	17,5 16 7,5	22 19 10,9	Mann Whitney p=,031	17,8 18,5 7,6	19,8 18 12,2	Mann Whitney p=,882	17,1 5,3 17	16 16,5 12,4	Mann Whitney p=,464
AE (total da escala)	Média Mediana DP	55,3 54 20,8	61,2 54 29,4	Mann Whitney p=,687	55,2 53 23,7	59,5 52,5 33,1	Mann Whitney p=,883	45,6 45 14,7	46,8 40 27	Mann Whitney p=,605

No GE e GC, os CF caracterizam-se por serem mulheres tal como noutros estudos (PEREIRA, DUQUE, 2017) A idade média situa-se próxima dos 63 anos, ligeiramente inferior ao estudo de DIXIE et al. (2019). Estas são maioritariamente casadas e sobretudo filhas que co habitam com o familiar cuidado, embora no GE a percentagem seja idêntica entre filhas e conjugues tal como no estudo de HENRIQUE DE SOUSA et al, (2021). A predominância do género feminino é explicada pelo papel da mulher na sociedade sobre a família e a história do cuidar dos familiares. Desde o início da humanidade os cuidados são prestados pela mulher (COLLIÈRE, 1999) cabendo-lhe assegurar tudo o que é necessário à vida quotidiana prestando cuidados em torno de tudo o que antecede e envolve os momentos da vida (COLLIÈRE, 2003). A maior longevidade da mulher (INE, 2021) é outro aspeto que contribui para que o cuidar do idoso com dependência seja realizado no feminino.

A constatação do predomínio de filhas cuidadoras pode ser explicada com a tradição cultural conhecida por honrar as obrigações filiais e demonstrar respeito pela dignidade de um parente mais velho (COLLINS, HAWKINS, 2016). Este dado encontra justificação no estudo de MÓNICO et al. (2017), nos quais os CF referem sentimentos de obrigação e dever de prestar cuidados ao idoso com dependência. Tal obrigação pode ser entendida entre dois polos, o negativo e o positivo. No polo negativo a aceitação social: não é aceitável negar o cuidado ao idoso obrigando a um esforço físico e mental dos CF interpretado por estes como um castigo a cumprir. No polo positivo, a retribuição do CF pelo carinho e cuidado recebido do seu progenitor agora dependente na realização das AVD.

A auto eficácia avaliado no total da escala nos dois grupos foi superior em relação à média teórica da escala. Estes resultados são discordantes com os obtidos por PEREIRA (2018) cujos valores na avaliação da auto eficácia foram inferiores à média teórica da escala num um grupo de 98 cuidadores.

Os resultados alcançados pelo GE concretizaram o objetivo avaliar o impacto de uma intervenção de enfermagem suportada, num programa psicoeducativo de gestão do estresse, na auto eficácia do cuidador.

A finalidade dos programas psicoeducativos norteadores das intervenções junto dos cuidadores é ser um contributo para o desenvolvimento das habilidades instrumentais e emocionais dos CF de modo a melhorar a sua adaptação ao desempenho do papel de CF experienciado ao longo do tempo que decorre a prestação de cuidados a um familiar com dependência para a realização das suas AVD.

Após a intervenção (T2) o GE manteve a AE para obter pausa (junto de um amigo e junto de um familiar) enquanto o GC diminuiu. Entre T2-T3 verificou-se a diminuição em ambos os grupos sendo mais acentuada no GC, sobretudo no construto junto de um amigo. Este aspeto é relevante se atendermos que em termos médios e medianos, o idoso que recebe cuidados pelo cuidador no GE apresenta sempre maior dependência nas AVD do que o idoso que recebe cuidados pelo cuidador do GC. Este resultado sobre a dependência do idoso é concordante com a maior percentagem do número de horas diárias de cuidado prestado pelos cuidadores no GE (entre 5-10 horas e mais de 10 horas) em relação ao prestado pelos cuidadores do GC uma vez que segundo FAUTH, FEMIA, ZARIT (2016) é o grau de dependência que determina o tipo de cuidados que serão necessários, o qual aumenta com a evolução da situação que originou a dependência. Este dado corrobora a opinião DE LA CUESTA (2004) quando reporta que com o avançar da doença mudam as relações familiares e aumentam as complicações na sua gestão. Dado que a dependência da pessoa idosa associada à dificuldade na realização das AVD aumenta a necessidade de as famílias encontrarem novas formas que importa ajudar a realizar (MAHONEY, COON, LOZANO, 2016). Neste sentido a intervenção de enfermagem ajudou os cuidadores do GE a manterem a confiança na procura de apoio junto dos familiares para obter uma pausa na prestação de cuidados.

No momento pós intervenção (T2), o GE manteve a auto eficácia para cuidar do idoso no global enquanto o GC diminuiu o que pode ser justificado pela dimensão, ” auto eficácia para controlar pensamentos negativos sobre o cuidar”. De fato, o GC no momento pré intervenção (T1) tinha valores mais elevados do que o GE revelando (diferenças estatisticamente significativas ($p<0,1$). No entanto, no momento pós intervenção (T2), o GC na referida dimensão” auto eficácia para controlar pensamentos negativos sobre o cuidar” diminuiu os valores em relação às outras duas dimensões (AE para fazer uma pausa e AE para gerir comportamentos inadequado do idoso) comparativamente ao GE que manteve o resultado nestas três dimensões, com uma ténue melhoria, traduzido na auto eficácia global no cuidar do familiar idoso com dependência.

No momento *follow up* (T3) o GE e o do GC diminuíram a auto eficácia na globalidade para cuidar embora com diminuição mais acentuada no GC. Dados similares foram encontrados com o uso da mesma escala de avaliação da auto eficácia no momento *follow up* do estudo de DUCHARME et al. (2011). Queremos realçar, como já referido, que no nosso estudo o GE manteve a dimensão” auto eficácia para controlo de pensamentos negativos sobre o cuidar” enquanto o GC diminuiu acentuadamente em termos de contagem. O programa tinha um elemento-chave que consistia na distinção entre aspetos modificáveis ou não modificáveis da situação da prestação de cuidados. Consoante o carácter modificável ou não desses fatores era imperioso o ajustamento na escolha de estratégias adaptativas eventualmente diferentes das usuais. Para a situação da prestação de cuidados modificável, a estratégia seria a resolução de problemas ao passo que para a situação não modificável a estratégia seria focada na emoção relacionada com a percepção a alternativa da situação, que requer um reenquadramento. De fato, parece óbvio que perante situações da prestação de cuidados que não podem ser mudadas uma estratégia adequada será “ver” a situação noutra perspectiva (DUCHARME, TRUDEAU, 2002) na medida em que os pensamentos exagerados ou desajustados acarretavam sentimentos desagradáveis (DUCHARME et al., 2008). De fato, o ganho para o CF é quando ele consegue substituir pensamentos negativos geradores de emoções prejudiciais proporcionado bem-estar psicológico através do emergir de pensamentos positivos atenuantes de emoções dolorosas associadas ao processo de cuidados (DUCHARME, LACHANCE, LÉVESQUE, KERGOAT, ZARIT, 2012).

O estudo revelou que o enfermeiro desempenhou um papel importante na medida em que na intervenção ajudou o CF a desenvolver estratégias de *coping* adequadas ao estressor e facilitou a procura de diferentes maneiras de lidar com a situação estressante nomeadamente o reenquadramento. A intervenção do enfermeiro ao promover a aprendizagem no CF de novas competências para enfrentar os desafios do quotidiano de prestação de cuidados, contribui para melhorar e manter a sua confiança no desempenho do seu papel desencadeando novos comportamentos adaptativos que reforçam a promoção da sua saúde.

CONCLUSÃO

A intervenção de enfermagem é aplicada facilmente, o programa psicoeducativo que a suporta está bem estruturado e propõe etapas para o desenvolvimento da auto eficácia do cuidador à medida que vai adquirindo habilidades para lidar com o *caregiving.* Assim tal intervenção deve ser implementada pelo enfermeiro no início do desempenho do papel de CF para ajudá-lo a continuar o seu papel social de cuidar de um dos seus mantendo a confiança nesse desempenho. Neste acompanhamento, o enfermeiro vai integrando formas de reforçar essa confiança.

É imperioso que o enfermeiro de família acompanhe as transições de vida da família, ajude na antecipação das mesmas e, num contato de proximidade, promova a saúde do agregado familiar.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

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

REFERÊNCIAS

ALZHEIMER'S ASSOCIATION. **2019 Alzheimer's Disease Facts and Figures.** Alzheimer's Dement. 2019.15(3). 321-87.

CHENG ST, AU A, LOSADA A, THOMPSON LW, GALLAGHER-THOMPSON D. Psychological Interventions for Dementia Caregivers: What We Have Achieved, What We Have Learned. **Current Psychiatry Reports,** v. 21, n. 7: 59.p.1-12, 6 Jun. 2019, Disponivel em em https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6554248/pdf/11920_2019_Article_1045.pdf. Acesso em: 4 dez 2021.

COLLIÈRE, M - F. **Promover a vida**. **Da prática das mulheres de virtude aos cuidados de enfermagem.** 4 ed. Lisboa: Lidel, 1999.

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

DE LA CUESTA-BENJUMEA, C. **Cuidado artesanal: La invención ante la adversidade.** Medellín: Editorial Universidad de Antioquia, 2004.

DIXE M.D.A.C.R, DA CONCEIÇÃO TEIXEIRA LF, AREOSA TJTCC, FRONTINI, R.L., PERALTA, J.J.A., QUERIDO, A.I.F. Needs and skills of informal caregivers to care for a dependent person: a cross sectional study. **BMC Geriatrics,** 19:255.2019. .Disponivel em: https://bmcgeriatr.biomedcentral.com/track/pdf/10.1186/s12877-019-1274-0.pdf. Acesso em: 4 dez 2021.

DUCHARME, F., TRUDEAU, D. Qualitative evaluation of a stress management intervention

for elderly caregivers at home: A constructivist approach**. Issues in Mental Health Nursing**, v.23, n.7, p. 691-713.2002.

DUCHARME, F., TRUDEAU, D., WARD, J.. **Manuel de l'intervenant: Gestion du stress: Programme psychoéducatif de gestion du stress destine aux proches-aidants d'un parent âgé à domicile.** Montréal: Université de Montréal. 2008.

DUCHARME, F.C., LÉVESQUES, L.L., LACHANCE, L.M., KERGOAT, M.J., LEGAULT, A.J., BEAUDET, L.M...., ZARIT, S.H. Learning to become a family caregiver: Efficacy of an intervention program for caregivers following diagnosis of dementia in a relative. **The Gerontologist**, v.51, n.4, p. 484-494. 2011.

DUCHARME, F., LACHANCE, L., LÉVESQUE, L., KERGOAT, M.J., ZARIT, S. Persistent and delayed effects of a psycho-educational program for family caregivers at disclosure of dementia diagnosis in a relative: a six-month follow-up. **Healthy Aging Research**,1-14.2012. DOI: 10.12715/har.2012.1.2 Disponivel em:https://www.researchgate.net/publication/285324825. Acesso em: 4 jan 2022

FAUTH, E.B., FEMIA, E.E., ZARIT, S.H. Resistiveness to care during assistance with activities of daily living in non-institutionalized persons with dementia: Associations with informal caregivers stress and well-being. Aging Ment Health,v. 20,n.9,p. 888–898. 2016. DOI:10.1080/13607863.2015.1049114. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4676740/pdf/nihms-697849.pdf. Acesso em 4 jan 2022.

FERREIRA, M. L, MUTRO, M. E., CONDE, C. R. MARIN, M. J .S., MEGUIN, S., MAZZARETTO, F. M. C. (2018). Ser cuidador de familiar com câncer. **Ciência y Enfermería,** 24: 6. 2018. Disponivel em: https://www.scielo.cl/pdf/cienf/v24/0717-9553-cienf-24-6.pdf Acesso em: 10 jan 2022.

FELIPE SGB, OLIVEIRA CES, SILVA CRDT, MENDES PN, CARVALHO KM, SILVA-JÚNIO FL, FIGUEIREDO, ML. Anxiety and depression in informal caregivers of dependent elderly people: an analytical study. **Rev Bras Enferm,** 73 2020. Suppl Disponivel em:http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0851. Acesso em 10 jan 2022.

FIGUEIREDO, Daniela Maria Pias. **Prestação familiar de cuidados a idosos dependentes com e sem demência.** 2007. Dissertação (Doutoramento em Ciências da Saúde). Universidade de Aveiro. Aveiro 2007. Disponivel em http://hdl.handle.net/10773/4664. Acesso em: 6 dez 2021.

GAUGLER, J.L., PESTKA, D.E., DAVILA, H., SALES, R., OWEN, G., BAUMGARTNER, S. A.…, KENNEY, M. The complexities of family caregiving at work: A mixed- methods study. **The International Journal of Aging and Human Development,** v.0, n.0, p.1–30.2018.

HENRIQUE DE SOUZA, P., RODRIGUES, F,R., ALCANTARA,R.S. ARAÚJO DE CARVALHO, Brito DE SANTOS, J.H.,MACHADO,M.M.P. Physical and emotional impacts on the health

care of informal caregivers of patients with Alzheimer's disease. **Research, Society and Development**, v. 10, n. 8, e1410816990, 2021 Disponível em: https://rsdjournal.org/index.php/rsd/article/view/16990. Acesso em: 4 abr. 2022.

HOLZEMER, W. Responsible conduct of research. *In* HOLZEMER, W **Improving health through nursing research.** USA: International Council of Nurses, Wiley-Blackwell, 2010. p.167-180.

HOPPS, M., IADELUCA, L., MCDONALD, M., MAKINSON, G.T. The burden of family caregiving in the United States: Work productivity, health care resource utilization, and mental health among employed adults. **Journal of Multidisciplinary Healthcare**, 10, dec 6 p. 437- 444. 2017.Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29255364/ . Acesso em: 8-1-2022.

INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA (Portugal) . **Dados provisórios segundo por grupos etários** [Lisboa]. INSTITUTO NACIONAL DE ESTATISTICA, 2021 Disponível em https://www.ine.pt/scripts/db_censos_2021.html acesso 20 novembro 2021.

IWASAKI, T., YAMAMOTO-MITANI, N., SATO, K., YUMOTO, Y., NOGUCHI-WATANABE, M., OGATA, Y. A purposeful yet nonimposing approach: how japanese home care nurses establish relationships with older clientes and their families. **Journal of family Nursi*ng,*** *v.*23, n. 4.p. 534-561. 2017.

LAZARUS, R., FOLKMAN***, S.*** **Stress, appraisal and coping**. New York: Springer.1984.

MAHONEY, D., COON, D., LOZANO, C.I. Latino/hispanic Alzheimer's caregivers experiencing dementia-related dressing issues: Corroboration of the preservation of self model and reactions to a "smart dresser" computer-based dressing aid. **Digital Health,** 2, p.1–12. 2016. DOI: 10.1177/2055207616677129. Disponível em: https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27928511/. Acesso em: 4 fev 2022.

MATA, Maria Augusta Pereira. **Sobrecarga en cuidadores informales de mayores dependientes** 2012. Dissertação (Doutoramento em Psicologia Social) Salamanca: Facultad de Psicologia.. Universidade da Salamanca. Salamanca. 2012. Disponivel em https://gredos.usal.es/jspui/bitstream/10366/121208/1/DPSA_PereiradaMataMar%C3%ADa_Tesis.pdf Acesso em: 22 dez 2022.

MELO, R., RUA, M., SANTOS, C., NOVAIS, S., MOTA, L., PRÍNCIPE, F., SILVA, M. Intervenção de enfermagem e coping na transição para cuidador familiar. **Revista de Investigação & Inovação em Saúde**, v. 4, n.1, p. 61-73. 2021. Disponível em: https://riis.essnortecvp.pt/index.php/RIIS/article/view/119.Acesso em 3 jan. 2022.

MÓNICO, L.S.M., CUSTÓDIO, J.R. A., FRAZÃO, A.A., PARREIRA, P., CORREIA S., FONSECA, C. A família no cuidado aos seus idosos: Gestão da sobrecarga e estratégias para enfrentar dificuldades. **RIASE online**, v. 3, n.2, agosto, p. 982 - 998. 2017. Disponivel

em:https://1library.org/document/zxv0o3ny-familia-cuidado-idosos-gestao-sobrecarga-estrategias-enfrentar-dificuldades.html.Acesso em: 4-2-2022.

PEARLIN, L. I., MULLAN, J. T., SEMPLE, S. SKAFF, M. M. Caregiving and the stress process: An overview of concepts and their measures. **The Gerontologist**, v.30, n.5, p.583-594.1990.

PEGO, M. A. , NUNES, C. Aging, disability, and informal caregivers: A cross-sectional study in Portugal. **Frontiers in Medicine**, 4(255) 1-7. 2018. Disponivel em:https://www.frontiersin.org/articles/10.3389/fmed.2017.00255/full. Acesso em: 24 jan 2022.

PEREIRA, S., DUQUE, E. Cuidar de Idosos Dependentes –A Sobrecarga dos Cuidadores Familiares.**Revista Kairós-Gerontologia**, v. 20 ,n.1, p. 187-202. 2017.

DOI:https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i1p187-202. Disponivel em: https://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/2176-901X.2017v20i1p187-202. Acesso em: 3 jan 2022.

PEREIRA, Carla, Alexandra Ribeiro. **Cuidador informal de idosos dependentes: avaliação das dificuldades e autoeficácia**.2018 Dissertação (Mestrado em Cuidados Continuados) Instituto Escola Superior de saúde Politécnico de Bragança. Bragança Dísponivel em http://hdl.handle.net/10198/17875 Acesso em 6 jan 2022.

PORTUGAL. Assembleia da República. Decreto-Lei nº100 Aprova o Estatuto do Cuidador Informal. Diário da República, Série I, Lisboa, n.171, p.3-16., 7 setembro. 2019.

SOUSA, L. SEQUEIRA, C. FERRÉ- GRAU,C. 'Living together with dementia' – Conceptual validation of training programme for family caregivers: Innovative practice **Dementia** 2020, v. 19,n.4, p.1333–1342 disponivel em:https://www.rcaap.pt/detail.jsp?id=oai:comum.rcaap.pt:10400.26/34628. Acesso em: 20 jan 2022.

STEFFEN, A. M., MCKIBBIN, C., ZEISS, A. M., GALLAGHER-THOMPSON, D., BANDURA, A. The Revised Scale for Caregiving Self- Eficacy: Realibility and Validity Studies. **Journal of Gerontology:Psycological Sciences**, v. 57B, n.1, p.74-86. 2002.

STEFFEN, A. M., GALLAGHER-THOMPSON, D. ARENELLA, K. M., AU, A., CHENG, S. T., CRESPO, M … ROMERO-MORENO, R. Validating the revised scale for caregiving self-efficacy: A cross-national review. **The Gerontologist,** v.59, n.4, p.325–342. 2019. Disponivel em: https://doi.org/10.1093/geront/gny004. Acesso em: Acesso em: 6 dez

SUHONEN, R., VALIMAKI, M. & LEINO-KILPI, H. A review of outcomes of individualized nursing interventions on adult pacient. **Journal of Clinical Nursing,** 17, p. 843-860. 2008. DOI: 10.1111/j.1365-2702.2007.01979.x. Disponível em https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK76527/. Acesso em: 5 jan 2022.

WATSON, J. **Enfermagem, ciência humana e cuidar. Uma teoria de enfermagem.**

Loures: Lusodidacta. 2002.

VIEGAS, L.M.V. FERNANDES, A.A VEIGA, M.A. Intervenção de enfermagem no estresse do cuidador familiar do idoso com dependência: estudo piloto. **Revista Baiana de Enfermagem.** *[S. l.]*, v. 32, 2018. DOI: 10.18471/rbe.v32.25244. Disponível em: https://periodicos.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/25244. Acesso em: 4 abr 2022.

VIEGAS, Laura Maria Monteiro. **Promoção da qualidade dos cuidados familiares e de saúde do cuidador: uma intervenção estruturada de enfermagem**. 2020. Dissertação (Doutoramento em Enfermagem). Universidade de Lisboa. Lisboa, 2020 Disponível em http://hdl.handle.net/10451/44170. Acesso em: 6 dez 2021.

CAPÍTULO 5

CIDADANIA (IN)VISÍVEL DA PESSOA EM CONDIÇÃO DE SEM-ABRIGO: PERCURSOS COM DIVERSOS ANDAMENTOS

Lina Maria de Jesus Antunes Cabaço.

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

https://orcid.org/0000-0003-4412-2475

RESUMO: Falar de cidadania e saúde é falar da consciência dos direitos, deveres e das oportunidades de participação de cada pessoa no debate social, político e na vida da comunidade, incluindo os processos que envolvem a saúde de todos e de cada um. A cidadania, e a possibilidade do seu exercício, não pode ser entendida fora do contexto social e político em que se desenrola e, consequentemente, a abordagem social dos processos de construção da cidadania pressupõe que se olhe para esta problemática como uma realidade culturalmente determinada e em transformação. Em Portugal e nas últimas duas décadas, a cidadania e a saúde têm feito parte das prioridades governativas, sendo parte integrante do vocabulário de decisores políticos e das linhas de atuação de profissionais de diversos setores de saúde, de investigadores de diferentes áreas do saber e ainda do cidadão em geral. Este tem sido entendido como o centro e a prioridade das medidas legislativas ao nível da *Reforma dos Cuidados de Saúde Primários*, priorizando-se o investimento em cuidados acessíveis, adequados, efetivos, eficientes e respondendo às expectativas dos cidadãos e dos profissionais, ainda que os responsáveis pelas medidas legislativas, avaliem a reforma como uma intenção legislativa em desenvolvimento. Neste trabalho, de natureza qualitativa, descritivo, com uma forte componente etnográfica e de trabalho de campo, pretende-se compreender os processos de construção de cidadania (in)visível em saúde das pessoas que vivem na condição de sem-abrigo, designadamente pela análise das conceções desta população acerca do que é a saúde, a doença e sobre os mecanismos de relação que estabelecem no acesso e utilização dos serviços de saúde. As orientações político-ideológicas inacabadas na democratização do acesso à saúde, parecem resultado de discursos e argumentos plurais aparentemente heterogéneos e não dialogantes com as pessoas na condição de sem-abrigo inviabilizando-lhes a efetivação de direitos e deveres.

PALAVRAS-CHAVE: Cidadania. Saúde. Sem-Abrigo.

(UN)VISIBLE CITIZENSHIP OF THE HOMELESS: PATHS WITH DIFFERENT MOVEMENTS

ABSTRACT: To talk about citizenship and health is to talk about the awareness of the rights, the obligations, and the changes of participating of each person in the social, political debate and in the life of the community, including the processes that involve the health of each person. Citizenship, and the possibility of its exercise, cannot be understood outside the social and political context in which it takes place and, consequently, the social approach to the processes of citizenship construction requires looking at this issue as a culturally specific and changing reality. In Portugal, in the last two decades, citizenship and health have been part of governmental priorities, an integral part of the vocabulary of political decision-makers and of lines of action of professionals from various health sectors, of researchers from different areas of knowledge, and of the citizen in general. This has been understood as the center and the priority of legislative measures at the level of Primary Health Care Reform, prioritizing the investment in accessible, adequate, effective, efficient care and responding to expectations of citizens and professionals, even though those responsible for the legislative measures, evaluate the reform as a developing legislative intention. In this qualitative and descriptive study, with a strong ethnographic and fieldwork component, we intend to understand the processes of construction of (un)visible citizenship in health among homeless people, namely by analyzing the conceptions of this population about what health and disease are, and about the mechanisms of relationship that they establish in the access and use of health services. The unfinished political-ideological guidelines in the democratization of access to health seem to result from plural discourses and arguments that are apparently heterogeneous and not in dialogue with people who are homeless, making it impossible for them to realize their rights and duties.

KEY-WORDS: Citizenship. Health. Homeless.

INTRODUÇÃO

O trabalho *Cidadania (in)visível da pessoa em condição de sem-abrigo: percursos com diversos andamentos* faz parte de um percurso de pesquisa, em desenvolvimento, no âmbito do projeto de doutoramento em sociologia, intitulado “Processos e trajetórias em saúde da pessoa em condição de sem-abrigo”, do Centro de Investigação e Estudos de Sociologia do Instituto Superior de Ciências do Trabalho e da Empresa, sob orientação da Professora Doutora Graça Carapinheiro.

Pôr no papel as linhas principais que delimitam e caracterizam o trabalho de pesquisa não é tarefa fácil, por se tratar de um processo em curso, mas, sobretudo porque fazer pesquisa sobre esta população leva-nos a um permanente questionamento, a avanços e outros tantos retrocessos. A distância e a memória insistem em racionalizar as *histórias*

das vivências e experiências do presente, mas também aquelas que não deixam desligar as emoções e sentimentos que têm vindo a ser observados e partilhados no terreno em cada etapa deste trabalho. Estas vivências envolvem "*o Outro*", isto é, pessoas, pessoas com rostos, pessoas com nomes, com identidades, com histórias, por vezes decepadas e difíceis de apreender enquanto realidades sociais e individuais.

Um ponto prévio prende-se com a delimitação do que se entende por pessoas sem-abrigo: o conceito aqui utilizado integra a classificação da ENIPSSA (ESTRATÉGIA NACIONAL PARA A INTEGRAÇÃO DE PESSOAS EM SITUAÇÃO DE SEM ABRIGO - e que recupera a redação da Resolução do Conselho de Ministros nº 107/2017, de 25 de julho) que abrange pessoas que vivem sem teto: pessoas a viver na rua e noutros espaços públicos (jardins, viadutos, estações de transportes públicos), abrigos de emergência (em centros de alojamento) ou em locais precários (carros abandonados, vãos de escada, casas abandonadas), mas também aqueles que vivem sem casa, ou seja, pessoas que se encontram a viver em alojamento temporário (incluindo as respostas da Segurança Social ou outras de natureza similar, e também os locais para indivíduos ou famílias onde a pernoita é limitada, sem acesso a alojamento de longa duração).

Este trabalho visa compreender os processos de construção de cidadania (in)visível em saúde das pessoas que vivem na condição de sem-abrigo.

A cidadania é um conceito abrangente que se estende da civilidade aos estilos de vida, da solidariedade à consciência dos direitos e deveres bem como à participação de cada pessoa no debate social e político e na vida da comunidade (MARSHALL, 1967; BARBALET, 1989).

A qualidade de membro de uma comunidade, com as responsabilidades de participação que daí decorrem, confere ao conceito de cidadania uma configuração que reflete não só a forma de governo instituída em cada sociedade, mas, de igual modo, a forma específica de relacionamento social dos indivíduos que a compõem. A cidadania não pode ser entendida fora do contexto social e político em que se desenrola e, como corolário, a abordagem social dos processos de construção da cidadania pressupõe que se olhe para esta realidade sempre como uma realidade política e social, culturalmente determinada. Digamos que o conceito de cidadania assume contornos diferenciados, portanto, em profundidade, extensão e conteúdo de acordo com as variáveis tempo e espaço (contexto), sendo estas dimensões que permitem distinguir os diferentes tipos de cidadania (MARSHALL, 1967; BARBALET, 1989).

Desde a conceção clássica grega de cidadania até à conceção atual, passou-se progressivamente de um sentido de pertença a uma comunidade, a uma aceção que incorpora a noção de *status* de cidadão, isto é, de reconhecimento atribuído àqueles que são aceites por terceiros como membros de uma dada comunidade. Utilizamos o termo comunidade enquanto agregado social com um conjunto de interesses vitais comuns, traduzida numa forte consciência de pertença, obrigando-se cada pessoa pela sua condição

de membro ao cumprimento de deveres, mas simultaneamente, à possibilidade de acesso a direitos sociais, económicos e políticos instituídos (BARBALET, 1989).

Em Portugal, desde 2005, a problemática da cidadania e saúde integra a agenda política, mas também orienta a ação dos profissionais de diversos setores de saúde, de investigadores de diferentes áreas do saber, do cidadão em geral (ANTUNES, 2015). Neste contexto, o trabalho de quase duas décadas em torno da reforma dos cuidados de saúde primários tem priorizado "a melhoria continuada da qualidade dos cuidados de saúde – acessíveis, adequados, efetivos, eficientes e respondendo às expectativas dos cidadãos e dos profissionais" (PORTUGAL, 2006, p. 4), assente no princípio da centralidade do cidadão. Contudo, parece existir uma grande discrepância entre as prescrições normativas da ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (2008), o que está estipulado na legislação nacional (PORTUGAL, 2006) e as práticas efetivas dos profissionais de saúde, onde os processos de participação dos cidadãos não têm passado de uma, ainda parca, intenção legislativa.

O cidadão, se por um lado, "tem vindo a ser tomado conceptualmente e por conveniência ideológica como o centro das reformas políticas ao nível da saúde em Portugal, dando a ilusão de estar a florescer uma nova cultura de saúde", por outro lado, o reflexo dessa reforma na prática parece desvanecer-se "nas relações assimétricas de poder, muito acentuadas entre cidadãos e profissionais e nas restrições de acesso e utilização dos serviços de saúde" (ANTUNES, 2015, p. 66), designadamente daquelas que envolvem desde logo os domínios dos cuidados de saúde primário. Em termos sociológicos, estas discrepâncias no âmbito dos cuidados de saúde primários revelam-se como uma parte fundamental daquilo que é ou do que deve ser a Atenção Integral à Saúde na proteção de direitos fundamentais previstos, desde 1976, na *Constituição da República Portuguesa*.

Assentamos na ideia de que a cidadania, e uma faceta desta, a igualdade de direitos, como reforça CARAPINHEIRO "é atingida quando todos os indivíduos são iguais perante a lei que, em princípio, deve ser igual para todos. Há um consenso social relativamente ao facto de que as desigualdades de direitos são injustas e devem ser suprimidas. Mas a igualdade de direitos não assegura a igualdade de oportunidades. Esta igualdade de direitos é conseguida quando a situação atingida pelos indivíduos não fica presa a condições estruturais que potenciam as situações de desfavorecimento social ou mesmo de exclusão social, sejam elas de natureza estritamente económica, ou de carácter étnico, religioso e de classe" (2010, p. 57-58), bem como outras situações que envolvem e interferem com as necessidades e condições de saúde. Entende-se, pois, a igualdade de direitos e de oportunidades como um ideal a atingir, ainda que as estratégias e os mecanismos para o alcançar sejam muito diversos de indivíduo para indivíduo, bem como de grupo social para grupo social. Contudo, ainda na mesma linha de argumentação, CARAPINHEIRO, apoiando-se em Amartya Sen (2000), considera a "capacitação" como uma dimensão fundamental da igualdade de direitos e um contributo para alcançar a liberdade: "para que as sociedades assegurem aos cidadãos uma efetiva liberdade e uma real igualdade de

oportunidades, é necessário que protejam aqueles cuja situação individual e social reduziu essa capacitação" (p. 58).

Quando pensamos o conceito de cidadania em saúde assentamos na ideia-chave de construção de um sentido para as vivências pessoais e de saúde, que sejam geradoras de um sentido de pertença, de participação e de emancipação humana (empoderamento). Um envolvimento do cidadão enquanto expressão que reflete a consciência crítica e de construção que cada indivíduo faz de si mesmo, dos problemas de saúde que o afetam, dos meios disponíveis para o apoiarem e, simultaneamente, de uma consciência crítica acerca dos contextos, processos e práticas sociais. Assim, para refletirmos sobre o papel dos atores sociais em saúde no espaço comum da sociedade, enquanto democracia dialogante, necessitamos de promover o diálogo entre o Estado e os cidadãos, reconhecendo a existência de uma pluralidade de formas de pensar e de convicções/ visões do mundo, por vezes, dissonantes e em atualização.

Como foi referido, no contexto português se, por um lado, são notórios avanços muito significativos na definição de direitos de acesso à saúde, através de políticas inclusivas e universais, por outro lado, as instituições responsáveis por este garante, parecem deparar-se com barreiras sociais e financeiras que têm vindo a condicionar o acesso e utilização dos serviços de saúde. Da literatura percebe-se que as barreiras mencionadas agravam ou tornam ainda mais inacessíveis os apoios e os acessos aos circuitos institucionais e de apoio para aqueles que pela sua situação de vulnerabilidade, numa sociedade de risco (BECK, 1992), são (e têm sido) objeto de «desatenção cívica» (GOFFMAN, 1985).

Quando falamos da pessoa na condição de sem-abrigo percebemos que se trata de uma problemática social complexa, que não é nova na sociedade portuguesa e que resulta de uma acumulação de problemas sociais extensos e persistentes (BENTO e BARRETO, 2002; CAPUCHA 2005; ALDEIA, 2014). As lógicas sociais teimam em excluí-los e a deixá-los numa situação de desvantagem e invisibilidade, pois tendem a ser rotulados de vagabundos, indigentes, preguiçosos, doentes mentais, gente de esquemas e de vidas sem norte (ANTUNES, 2015) que, desde tempos transatos, são objeto de atuação caritativa do sistema de proteção social do Estado (BENTO e BARRETO, 2002; CAPUCHA, 2016).

Questionamos, portanto, que percursos e meios desenvolve a pessoa na condição de sem-abrigo para a afirmação e legitimação da sua condição individual e social.

Que representações exprimem sobre a saúde e que recursos de apoio utilizam em situação de doença?

Avançámos com três hipóteses de pesquisa:

1) as estratégias de construção da cidadania em saúde estão em estreita relação com o papel das organizações de saúde e as práticas desenvolvidas pelos profissionais de saúde ao nível do acompanhamento e vigilância de saúde da

pessoa na condição de sem-abrigo, nomeadamente quando os próprios técnicos não reconhecem como legítimos e socialmente viáveis os seus meios e estilos de vida (CARAPINHEIRO, 2001).

2) as diferenças de recursos (materiais e simbólicos) da pessoa na condição de sem-abrigo e dos próprios profissionais de saúde, determinam e estruturam o desenvolvimento de trajetórias sociais e de relação com os serviços de saúde, nas suas diversas modalidades terapêuticas, e originam as condições subjetivas e objetivas de predisposição para a aproximação e para o estabelecimento de relações sociais entre ambos (CARAPINHEIRO, 2001).

3) Por último, partimos do pressuposto que as diferenças de recursos entre a pessoa na condição de sem-abrigo e os profissionais de saúde condicionam e determinam o tipo de trajetórias e as estratégias que estes sujeitos desenvolvem para a procura de cuidados e na afirmação da sua cidadania.

METODOLOGIA

Desenvolvemos um estudo de natureza qualitativa, descritivo, com uma forte componente etnográfica e de trabalho de campo, procurando compreender os mecanismos de participação em saúde da pessoa na condição de sem-abrigo, na relação que estabelece com as instâncias de Cuidados de Saúde Primários e de saúde em geral enquanto processos que nos levaram a refletir sobre a complexidade do fenómeno no plano social em termos de acesso a direitos e a deveres. Parece-nos que estes processos são atravessados por determinantes globais, que geram riscos e incertezas que queremos (re)conhecer.

Com o objetivo de entender os princípios orientadores das políticas sociais e de saúde do moderno Estado de bem-estar, realizámos 13 entrevistas exploratórias a interlocutores institucionais privilegiados, que nos apontaram os aspetos de fundamentação, construção e de funcionamento que têm vindo a ser operacionalizados em termos de *Reformas dos Cuidados de Saúde Primários*.

Foram entrevistados os responsáveis do grupo de Missão para os Cuidados de Saúde Primários, representantes da classe médica e de enfermagem (mandatados e implicados no processo de reestruturação dos cuidados de saúde primários), responsáveis da Santa Casa da Misericórdia de Lisboa (que em Portugal, e na cidade de Lisboa, é a entidade que coordena as respostas sociais e de saúde a esta população) e também membros de associações humanitárias e de solidariedade social.

O trabalho de campo e de observação dos espaços de pernoita da população na condição de sem-abrigo foi realizado, de junho de 2013 a setembro de 2015 e de março de 2017 a maio de 2019, através do acompanhamento regular quinzenal das equipas de rua, da participação nos jantares comunitários e nas saídas de sinalização desenvolvidas por diversas Instituições Particulares de Solidariedade Social e pelas Equipas de Rua da

Câmara Municipal de Lisboa.

Durante os dois períodos prolongados de acompanhamento próximo do trabalho das equipas de rua, e do contato direto com as pessoas a viver na rua, fomos ouvindo e dando voz àqueles que se afiguram invisíveis face à reforma dos cuidados de saúde e tentando perceber como os processos individuais na ligação com as linhas de força política deslindam mecanismos individuais e processos sociais de construção da sua cidadania em saúde.

Realizámos 15 entrevistas em profundidade e privilegiámos uma análise compreensiva e em profundidade dos processos sociais e biográficos que a pessoa a viver na condição de sem-abrigo nos expressa. A presença prolongada da pesquisadora no terreno, a aproximação progressiva com estes atores e a confiança conquistada permitiu-nos recolher material empírico para a reconstituição dos seus "processos biográficos" e das suas histórias de vida interessando-nos aqui destacar os processos sociais que se relacionam com as experiências vividas (LAHIRE, 2005), as estratégias e opções individuais de saúde. Ou seja, mais do que querer saber ao certo a verdade das histórias e testemunhos destas pessoas (se o que nos diziam coincidia nos diferentes momentos com que interagimos nos seus espaços quotidianos), o que nos interessava era o sentido que atribuíam às suas vidas e às diversas etapas que atravessaram na relação com os (diferentes) sistemas sociais e particularmente daqueles que estão relacionados com as questões de saúde.

Todos os momentos de recolha de material empírico seguiram os procedimentos éticos de pesquisa. Assim, para o acompanhamento das equipas de rua e participação nas saídas e atividades das instituições particulares de solidariedade social, foram solicitadas autorizações às suas respetivas direções e ao Departamento de Coordenação das Câmara Municipal de Lisboa no caso do acompanhamento da equipa de rua desta instituição, que emitiram parecer favorável de acompanhamento e recolha de informação.

No que diz respeito às entrevistas exploratórias e às entrevistas em profundidade com as pessoas em condição de sem-abrigo foram diligenciados os procedimentos de pedido de assinatura de consentimento livre e informado e pedida prévia autorização para a gravação das entrevistas.

Recorrendo a uma abordagem metodológica assente na teoria dos fatos e dos relatos de vida dos sujeitos (GLASER e STRAUSS, 1967) foi-nos permitido aceder às narrativas dos percursos de rua na primeira pessoa, assim como às convicções sobre as prioridades nos diversos quadrantes das suas existências e percursos sociais. Nesta reflexão surgem destacadas as categorias que se afiguram mais pertinentes para uma eficaz caraterização das representações de saúde e doença e ainda para elencar perceções acerca das necessidades de saúde destes atores sociais.

O caráter qualitativo da pesquisa levou-nos à procura de significados em blocos de texto resultantes das comunicações dos participantes e à codificação destes de acordo com as orientações de análise do material empírico de Bardin (2015) e Minayo (2015). O

texto das transcrições das entrevistas (corpus de análise), seguindo o referencial teórico de BARDIN (2015) foi submetido à análise de conteúdo temática. Foram criadas categorias à priori e que emergiram da problemática teórica e categorias à posteriori resultantes das características concretas do material em análise: perceções subjetivas da situação e relação com o mundo; necessidades sociais e de saúde; acessibilidade aos serviços de saúde; perceções e práticas de saúde e cidadania e saúde. Detemo-nos, para efeito deste capítulo no conteúdo (parcial) do discurso extraído da dimensão necessidades sociais e de saúde.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A natureza hodierna e complexa desta problemática social conduziu-nos por referentes sociológicos, mas, também por uma consciência histórica, de representações sociais temporalmente consolidadas e outras em permanente transformação e atualização, a que o observador não consegue ser indiferente no questionamento das relações humanas e das lógicas (in)visíveis dos processos de construção da cidadania.

Os universos simbólicos historicamente construídos acerca do que é viver na condição de sem abrigo, a relação entre cidadania e saúde, levaram-nos a ouvir e a dar voz àqueles cujas existências se confrontam com este modo de vida: por opção, por imposição ou por quaisquer outros determinantes sociais e individuais, e a quem os suportes institucionais do Estado e as instituições da sociedade civil (designadamente as Associações Particulares de Solidariedade Social) intentam dar mais visibilidade social, acompanhamento e poder.

Como referido, foram entrevistadas 15 pessoas a viver na condição de sem-abrigo, dos quais 13 homens e 2 mulheres com idades entre 27 e os 73 anos e uma janela temporal de permanência de vida na rua que oscilava entre menos de 3 meses e mais de 20 anos.

Do total, apenas 1 não tinha nacionalidade portuguesa. Quanto às habilitações escolares, 1 entrevistado concluiu um curso superior universitário e 3 o ensino secundário, enquanto 5 alcançaram o 3º ciclo e outros 5 o 2º ciclo de estudos. Registou-se ainda 1 entrevistado possuir o 1º ciclo do ensino básico completo.

Relativamente às trajetórias profissionais destes indivíduos, destaca-se que apenas 1 nunca tinha tido qualquer vínculo ou relação laboral, enquanto 10 verbalizaram trajetórias interpoladas de emprego e 4 referiram uma presença continuada no mercado de trabalho.

O tipo de situação conjugal e familiar era para 4 pessoas casada ou em união de fato, 4 divorciados e os restantes 7 solteiros. Só 3 dos entrevistados não possuía filhos.

De acordo com os testemunhos recolhidos, surgem três principais ordens de motivos para a situação de vida na rua: a rutura de laços familiares na sequência de problemas de ordem diversa; a exclusão do mercado de trabalho e os comportamentos aditivos.

Assim, a partir destes dados de caraterização social e de outros que não cabe explorar no âmbito deste texto, percebe-se que a pessoa na condição de sem-abrigo, é

um sujeito só, à procura do seu próprio sentido numa sociedade onde a complexidade, a incerteza e a precariedade o tornam ainda mais vulnerável (ANTUNES, 2015; BENTO e BARRETO, 2002; PAUGAM, 1996).

O intuito orientador desta pesquisa - centrado nas perceções da pessoa na condição de sem-abrigo acerca dos seus percursos e situações de vida e nos modos como reconhecem e se apropriam dos meios e recursos existentes, designadamente em matéria de saúde - permitiu-nos atribuir relevo ao reconhecimento que estes atores veiculam acerca dos meios institucionais disponíveis e de que formas valorizam o papel das instituições nas suas vivências quotidianas.

Quando perguntamos aos sujeitos a viver na condição de sem-abrigo como é que definem saúde e como reconhecem a sua condição de saúde, percebe-se que não só a valorizam, como sabem definir o que é este conceito.

> *- Saúde é o bem-estar físico e mental, eu posso estar bem fisicamente, mas se a cabeça não estiver como deve de ser não me serve de nada…e vice-versa.* E15_PP
>
> *- A saúde é ter o meu corpo bem e a minha cabeça no lugar também!* E6_MP/DC
>
> *- Eu não posso dizer que tenho saúde, mas vou-me aguentando… mesmo assim ao que eu tenho feito… É bom!...* E8_JPR

Preocupam-se em manter alguma vigilância de saúde, sobretudo, tendo em conta as suas condições e o seu estilo de vida. O ambiente social e físico é entendido como um determinante da saúde.

> *- Se a gente vai comendo e bebendo e vai vendo o sol todos os dias é porque tem saúde. Quem não tem saúde não tem nada! É o contrário… se vou desta para melhor, pronto! É apanhar aquelas m…*[asneiras] *se um gajo não tiver cuidado. Drogas eu não me meto… é só este vício! Só fumo um cigarro uma vez por outra, não sou viciado!* E2_RS
>
> *- É o melhor que se tem é ter saúde. Este vício estragou a minha.* E2_RS

A saúde é uma preocupação latente e é destacada nos discursos dos entrevistados, na medida em que estes reconhecem as suas trajetórias de consumos e de risco como fatores que os tornam ainda mais vulneráveis, mesmo que, por vezes, vejam nestes comportamentos de risco a única saída para as suas vidas errantes e de desvio.

- bebia os meus copos e depois deixei-me ir para a droga, mas eu já deixei a droga…o álcool é que não… E14_JCC

- eu fui fraco, das situações difíceis fui-me a baixo e fui fraco e, em vez de enfrentar, consumia. Eu trabalhava para consumir! E11_CA

- a malta hoje vicia-se, entra nisto e não sai… E eu também acho que já não consigo sair mesmo! E8_JPR

O conceito de saúde percebe-se como um conceito subjetivo que é visto por estas pessoas numa dimensão positiva, com a sua capacidade, potencial e sentido de realização.

- A saúde é o melhor…, é a vida. E8_JPR

- A saúde é alegria, é tudo! E2_RS

A saúde surge com dimensões plurais, associada a um equilíbrio pessoal, sinónimo de bem-estar psicológico e físico.

- Saúde é estar bem comigo, quando não estou bem, não é bom. E11_CA

Ainda que percecionem a doença como uma experiência pessoal decorrente das suas trajetórias individuais, concebem-na também a partir do fardo social de doenças específicas, de que se destacam o álcool, as infeções sexualmente transmissíveis e a doença mental.

- A doença depende do que me estiver a perguntar porque eu posso estar doente e não ter queixa nenhuma no corpo… Eu costumo dizer que tenho SINA - Sintoma de Inteligência Não Adquirida, porque a vida que eu levei foi mesmo falta de inteligência. E15_PP

As representações sobre a saúde e a doença são condicionadas pelas circunstâncias da existência e pelas formas ou estilos de vida que estes atores reconhecem nas suas práticas. Estas representações têm associadas as dimensões físicas/ biológicas, mas também os elementos psicossociais e culturais, comportando elementos cognitivos e referência a comportamentos sociais e individuais. O que definem como doença, não remete para um conceito estático, mas resulta do confronto das experiências individuais (algumas delas desenvolvidas e agravadas na vivência de rua) com as normas e informações coletivamente partilhadas, e em transformação.

- só agora é que começo a ouvir falar das doenças, é da droga…pois, do stress. Anda tudo stressado... Hoje é que não pode isto, que não pode aquilo…, para os meus velhos (refere-se aos pais) *nunca houve isso, tás a ver! Eles tinham mais saúde…eles também bebiam e bebem…, bebiam á grande, mas a malta hoje vicia-se, entra nisto e não sai…* E8_JPR. Acrescenta: *Tenho asma, fiquei sempre com problemas respiratórios desde puto, o tabaco também não me ajuda percebes?! Uma úlcera no estomago, e o problema do derrame que nunca mais chateou. Tomo medicamentos, que não posso deixar de tomar, claro! Só que não é sempre! Falta-me o dinheiro, pá…* E8_JPR

Regra geral, a porta de entrada a que recorrem na procura de cuidados surge apenas em situações de emergência de saúde e, por isso, o seu itinerário inicia-se pelos cuidados de saúde diferenciados, em concreto pelos serviços de urgência, sendo aqui que obtêm resposta imediata e também aqui admitem "que controlam um circuito que, se desconhecido e tomado como invasivo dos seus hábitos e (des)cuidados pessoais básicos, conseguem abandonar e tomar decisão por onde seguir, comandando o seu percurso individual" (ANTUNES, 2015, p. 67) e o seu itinerário terapêutico. Depreendemos dos percursos observados que a pessoa na condição de sem-abrigo ao reconhecer as lógicas organizacionais, de acesso e utilização da urgência hospitalar adquire estatuto de pessoa, com capacidade de decisão no plano da relação com os profissionais, o que não acontece nas lógicas de resposta propostas por outros serviços de saúde, designadamente nos cuidados de saúde primários.

- Se preciso mesmo de ajuda vou ali a S. José [nome de hospital]*, mas eles também não fazem nada, (…) mandam-nos dar banho e ficamos lá que tempos à espera. Eu aqui há tempo, o médico disse que eu ia passar lá a noite numa cadeira à espera, porque tinha que esperar e que eu ia fazer exames depois, só que ele* [o médico] *deu meia-volta e eu vi-me embora.* E1_PJA

- Da parte da saúde tenho sido bem tratado porque nunca arranjei problemas com os doutores. Também vou lá pouco (…), tive ajuda quando tive a pneumonia, mais nada! [acompanhado sempre no Hospital e nunca em Centro de Saúde]. E8_JPR

Percebe-se que retardam a procura de cuidados de saúde e que apenas o fazem em situações de necessidade extrema ou inadiável.

- O meu pai dizia-me que quando entrares num hospital já não sais e eu estou de acordo com ele! Não gosto de hospitais, aquilo é como a prisão… não consigo! E15_PP

A maior parte dos apoios de saúde de que beneficiam, mesmo em situação de maior necessidade, é resultante de processos de referenciação sinalizados e diligenciados por intermédio das equipas de rua. As principais queixas de saúde e as doenças físicas sinalizadas são os problemas respiratórios e pulmonares, o HIV/SIDA, as doenças gástricas decorrentes de carências alimentares de diversa ordem e dos consumos de álcool. Por último, as queixas e os problemas dermatológicos, associados à falta de condições de higiene e à permanência prolongada na rua são identificados.

Percebe-se que estão atentos aos modos como os outros os interpretam e ao lugar social que lhes atribuem. Ainda que o tema da saúde mental não seja predominante nos seus discursos, é notório que esta é uma questão para a qual estão atentos e que os preocupa de forma particular.

Criticam as lógicas de atuação dos serviços de saúde, mas também apontam como desumana, fugaz e pouco integral a forma como, por vezes, sentem que são tratados pelas equipas de apoio e por alguns voluntários. O contato rápido, com as equipas de rua, na maioria das vezes apenas para distribuição dos bens essenciais (alimentação e roupa) é por estes entendido como pouco para as reais necessidades humanas e para as respostas de que necessitam dada a complexidade dos seus problemas de saúde.

> *- Aquilo é um abuso, eles podem e a gente não pode fazer nada (…) e estas instituições aproveitam-se disso.* E11_CA

> *- Não correu bem e vim para a rua e depois pedi ajuda na….* (Nome da instituição de apoio) *e não me quiseram lá a dormir porque não fiz uma micro. Não fizeste a micro vais dormir à rua. Não me quiseram lá! Entende?!... É como os miúdos pequenos. Isso não é ajudar! Pra já aquilo não tem condições nenhumas… aquilo também é muito interesse (…).* E11_CA

A condição marginal, de exclusão e a doença são resultado da impossibilidade de participação nos privilégios materiais e sociais, na divisão do trabalho e na distribuição dos papéis sociais, nas normas e no *ethos* sociais dominantes na sociedade em sentido geral (PAUGAM, 1996; SOULET, 2004; WACQUANT, 2007).

Do que dizem, parece-nos que, são de facto as instituições da ordem estabelecida que reforçam a exclusão dos indivíduos no modo como reconhecem e valorizam as suas necessidades, por vezes, consideradas como “inúteis” à ordem comum ou até vistas como indignas, porque desrespeitam a “normalidade” instituída.

> *- A pessoa por estar nesta situação não quer dizer que seja burro e que nos tratem de qualquer maneira!* [afirma em tom mais alto de voz e zangado]. E11_CA

Acrescenta:

> *- Às vezes vejo-os andar aí, mas não se aproximam de nós, andam aí com as mochilas, nem falam, só se nós dizemos alguma coisa é que falam. Eu acho que se deviam aproximar! Quem faz esse trabalho eu também acho que é que devia vir ter com as pessoas. (…) e acho que só passar também não é o suficiente. Se querem ajudar é perguntar às pessoas se querem alguma coisa, meter conversa, virem falar connosco…* E11_CA

As instituições, através da implementação de decisões legislativas e do exercício da justiça, afirmam e impõem modelos de vida e condenam a recusa destes atores em participar socialmente quando estes não se revêm ou encaixam no sistema dominante.

Da análise do discurso dos entrevistados ficou claro que embora o Estado se assuma como a entidade tutelar de direitos e a autoridade maior para "proteger" os sujeitos e os seus interesses, essa função nem sempre parece ter sido cumprida em pleno e com a neutralidade necessária. Os entraves burocráticos, as lógicas organizacionais e de comunicação com as instituições de saúde parecem afastar a pessoa na condição de sem-abrigo da reivindicação de uma condição de cidadania plena no que diz respeito ao acesso à saúde.

O modelo hegemónico biomédico centra a sua atuação na procura de causas das doenças físicas, reproduzindo uma representação incompleta da saúde e da doença e do papel do cidadão. Ao invés do cidadão ser aproximado e integrado como centro do sistema, tende a ser visto como vulnerável. Percebe-se que não têm vindo a ser salvaguardadas as diferenças individuais, nem tão pouco a ser reconhecidas as aceções de risco e vulnerabilidade que atrás foram mencionadas, as quais matizam de forma singular as trajetórias sociais e individuais destes cidadãos. Nesse sentido, as pessoas em condição de sem-abrigo socorrem-se, por vezes, de estratégias e táticas para serem efetivamente reconhecidos enquanto cidadãos de plenos direitos.

> *- (…) Se existem ajudas eles deviam ajudar e deviam perceber o que é estar aqui, e não é esperar, esperar… e é só dizer: «hoje não está cá a doutora, venha cá amanhã…» para que é que essa ajuda serve? Temos de esperar e muito… e depois nem sempre dão nada, porra… deixa lá isso, não preciso…. Se a gente também está aqui a culpa é dessa gente toda!* E8_JPR

> *- E uma pessoa às vezes é obrigado a mentir, porquê (?), porque senão não se safa, não é visto!* E7_JR

Os sistemas de saúde estão longe de ser considerados as bases de apoio na construção da cidadania em saúde, na medida em que os serviços não reconhecem a singularidade das formas de expressão desse exercício enquanto experiências de subjetividade (KLEINMAN, 1998; SOULET, 2004).

O que é dito pelos atores foca-se e revela referências estruturantes dos percursos biológicos/clínicos (numa visão biomédica) mas também de experiências pessoais (visões singulares e vidas únicas) (visão individual e subjetiva), sendo estas últimas os elementos (mais) dominantes e aqueles em que a atenção integral em saúde deverá ter de atuar, designadamente a partir dos cuidados de saúde primários. Assim, mediante as diferenças entre a experiência da doença (*illness*) e a definição clínica da mesma (*disease*), parece-nos importante que o saber biomédico, entendido enquanto construção, tenda a incorporar a racionalidade leiga e socialmente enformada na delimitação e implementação de estratégias de atuação em saúde (KLEINMAN, 1998; CARAPINHEIRO, 2001).

Só assim se percebe que o imperativo moral para ser saudável (Mamo, 2010, citado por AUGUSTO, 2015, p. 88) seja, nesta população, um imperativo de sobrevivência que exige a cada um a procura de estratégias individuais de gestão dos recursos existentes. Os serviços de cuidados de saúde primários parecem estar longe de uma intervenção próxima das pessoas nesta condição, revelando-se ainda muito ausentes das trajetórias analisadas.

- Eu tomo o meu banho todos os dias assim como eu posso, não gosto de andar a cheirar mal, como alguns que andam aí. E13_EG

> *- [refere a propósito de uma situação de piolhos e pulgas] Mas a gente sente vergonha é dos que estão aqui também, mas, por exemplo lá no balneário, a malta percebe e ninguém perdoa! Ficam a perceber mesmo… é um bocado humilhante… percebes?!* E8_JPR
>
> *- Há aí um indivíduo que até bichos tem na perna doente, ele ainda é pior que eu. E eles nem se interessam nada, até olham para o lado…* E3_AL [refere-se aos voluntários das associações de rua que prestam apoio de saúde].
>
> *- Quando se entra aqui é difícil sair, vamo-nos abandalhando e também ninguém nos liga uma ponta dum… [asneira].* E1_PJA

O discurso da saúde pública assente nas escolhas e práticas pessoais de saúde enquanto assuntos de responsabilidade moral e social perde nestes contextos de rua (que são contextos da margem da estrutura social) o sentido de exequibilidade, revelando a sua crescente moralização (PETERSON e LUPTON, 2010).

> *- para quem está nesta situação, um gesto, uma palavra, até um olhar é muito importante. E eu já reparei, por experiência própria, que as pessoas não dão valor a isso, porque têm* [refere-se aos suportes de apoio e conforto afetivo daqueles que não são SA] *nós aqui não temos e estes momentos são importantes. Às vezes só precisamos mesmo de um bom dia, sério! Porque nós não estamos habituados a que falem connosco.* E15_PP

> *- Faz-me falta pessoas que me respeitem e que falem comigo, de igual para igual, e isso há muito tempo que eu já não sei o que é ter esse carinho, essa atenção, percebes? Preciso de pouca coisa…, mas ainda sou uma pessoa e também preciso de ser acarinhado e respeitado como toda a gente. E às vezes parece que toda a gente se esquece disso.* E13_EG

Os próprios espaços e contextos de circulação da pessoa na condição de sem-abrigo são *territórios de territórios*, por vezes esquecidos, por vezes, in(visíveis) (Santos, 2002) ainda que se preconize que cabe ao Estado assumir-se como entidade tutelar de direitos e a autoridade maior para "proteger" os interesses dos cidadãos (OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE, 2008).

CONCLUSÃO

A construção da cidadania em saúde parece definir ainda linhas de orientação com configurações contraditórias e inacabadas na democratização do acesso à saúde. Estes processos revelam-se pautados pela combinação de discursos e argumentos plurais (GIDDENS, 1994; SANTOS, 2002; ANTUNES, 2015) aparentemente heterogéneos e não dialogantes com as pessoas na condição de sem-abrigo, revelando marcas de uma regressão civilizacional no que respeita à efetivação de direitos e deveres em saúde.

Se o significado do que é ser cidadão tende a ser partilhado entre atores institucionais e individuais, conferindo-lhe um sentido de realidade coletiva, já o significado que cada cidadão lhe atribui parece não corresponder, em termos de representação, mas também de práticas efetivas, ao significado que o outro lhe dá, deixando, por isso florescer *cidadanias invisíveis e improváveis* (CARAPINHEIRO, 2010) que requerem um olhar Integral da Saúde e particularmente do âmbito dos cuidados de saúde primários.

Terminamos referindo que o trabalho aqui apresentado tem como objetivo a divulgação científica e profissional de resultados parciais de uma pesquisa, ainda em desenvolvimento, não refletindo a multiplicidade das dimensões da cidadania (in)visível da pessoa na condição de sem-abrigo pois estes estão para além dos aspetos da saúde aqui delimitados.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Na qualidade de autora deste trabalho, declaro que não possuo conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, política, acadêmica e pessoal.

REFERÊNCIAS

ALDEIA, João. De “cidadão” a “sem-abrigo”. O laço de cidadania no fenómeno dos sem-abrigo. **Interseções**, Rio de Janeiro, v. 16, n. 2, p. 229-244, 2014.

ANTUNES, Lina. À procura dos trilhos da cidadania (in)visível: a saúde na pessoa com condição de sem-abrigo. *In*: CARAPINHEIRO, G.; CORREIA, T. (org.). **Novos temas de saúde, novas questões sociais**. Lisboa: Editora Mundos Sociais, 2015. p. 65-70.

ARENDT, Hannah. **A Condição Humana**. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 2007.

AUGUSTO, Amélia. Comentário: da medicalização à biomedicalização da vida. *In*: CARAPINHEIRO, G.; CORREIA, T. (org.). **Novos temas de saúde, novas questões sociais**. Lisboa: Editora Mundos Sociais, 2015. p. 83-96.

BARBALET, Jack. **Cidadania**. Lisboa: Editorial Estampa, 1989.

BARDIN, Laurence. **Análise de conteúdo**. Lisboa: Edições 70, 2015.

BECK, Ulrick. **Risk society: toward a new modernity**. Londres: Sage Publications.

BENTO, António; BARRETO, Elias. **Sem-amor: sem-abrigo**. Lisboa: Climepsi, 2002.

CAPUCHA, Luís. **Desafios da Pobreza**. Oeiras: Celta, 2005.

CAPUCHA, L. Inovação concetual e inovação nas políticas: chegar aos territórios onde estão as pessoas. *In*: IX CONGRESSO PORTUGÊS DE SOCIOLOGIA – PORTUGAL, TERRITÓRIO DE TERRITÓRIOS, Lisboa: APS, 2016. p. 3-7.

CARAPINHEIRO, Graça. Inventar percursos, reinventar realidades: doentes, trajetórias sociais e realidades formais. **Etnográfica**, Lisboa, CEAS, v. V. n. 2, p. 335-357, 2001.

CARAPINHEIRO, Graça. Equidade, cidadania e saúde: apontamentos para a reflexão sociológica. **Alicerces**, Lisboa, Instituto Politécnico de Lisboa, n. 3, p. 57-64, 2010.

GLASER, Barney; STRAUSS, Anselm. **The Discovery of Grounded Theory: Strategies for Qualitative Research**. Nova Iorque: Aldine, 1967.

GOFFMAN, Erving. **Encounters**. Nova Iorque: MacMillan, 1985.

KLEINMAN, Arthur. **The illness narratives: suffering, healing and the human condition.** Nova Iorque: Basic Books, 1988.

LAHIRE, Bernard. Patrimónios individuais de disposições. Para uma sociologia à escala individual. **Sociologia, Problemas e Práticas**, Oeiras: Celta Editora, n. 49, p. 11-42, 2005.

MARSHALL, Thomas. **Cidadania, classe social e status**. Rio de Janeiro: Zahar, 1967.

MINAYO, Maria. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. São Paulo: Hucitec, 2015.

OBSERVATÓRIO PORTUGUÊS DOS SISTEMAS DE SAÚDE. **Sistema de Saúde Português: Riscos e Incertezas**. Coimbra: CEISUC, 2008.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE. **Cuidados de Saúde Primários: Agora Mais que Nunca**. Relatório Mundial de Saúde, OMS/Alto Comissariado da Saúde. Disponivel em: https://www.who.int/eportuguese/publications/whr08_pr.pdf?ua=1. Acesso em: 2 dez. 2021.

PAUGAM, Serge. **L'exclusion, l'état des savoires**. Paris: La Découverte, 1996.

PETTERSON, Alan; LUPTON, Deborah. **The New Public Health: health and the Self in the Age of Risk**. Londres: Sage, 2010.

PORTUGAL. Resolução do Conselho de Ministros nº 107/2017, de 25 de julho. Aprova a Estratégia Nacional para a Integração das Pessoas em Situação de Sem-Abrigo: Prevenção, Intervenção e Acompanhamento, 2017-2023. Disponivel em: https://data.dre.pt/eli/resolconsmin/107/2017/07/25/p/dre/pt/html. Acesso em: 7 dez. 2021.

PORTUGAL. Ministério da Saúde. **Linhas de Acção Prioritária para o Desenvolvimento dos Cuidados de Saúde Primários**. Lisboa, Grupo de Missão para os Cuidados de Saúde Primários: Ministério da Saúde, 2006. Disponivel em: https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/02/Linhas-de-Acao-Prioritaria-para-o-Desenvolvimento-dos-CSP.pdf. Acesso em: 7 dez. 2021.

SERAPIONI, M. Participação pública nos sistemas de saúde. Uma introdução. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, 117, p. 91-98, 2018.

SOULET, Marc-Henry. Faire face et s'en sortir vers une théorie de l'agir faible. *In:* CHATEL, V.; SOULET, M. (dir.). **Agir en situations de vulnerabilité**. Quebec: Press de l' Université Laval, 2004, p. 167- 213

WACQUANT, Loic. Os excluídos da sociedade de consumo: toxicodependentes, psicopatas e sem-abrigo nas prisões americanas. **Análise Social**, Lisboa, XXII 185, p. 987-1003, 2007. Disponivel em: http://analisesocial.ics.ul.pt/documentos/1218641303E7nFS9qj1Jb14WA2.pdf. Acesso em 22 nov. 2021.

CAPÍTULO 6

A DIMENSÃO HOLÍSTICA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Amâncio António de Sousa Carvalho.

Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro (UTAD), Escola Superior de Saúde, Vila Real Portugal. CIEC - Centro de Investigação em Estudos da Criança, Universidade do Minho, Braga, Portugal.

E-mail: amancioc@utad.pt

RESUMO: Introdução: A importância da Educação em Saúde (ES) reside no seu contributo para o desenvolvimento dos cidadãos e de sociedades saudáveis, a efetividade e sustentabilidade dos sistemas de saúde, o alcançar das metas estabelecidas pela OMS e desenvolvimento sustentável, a qualidade de vida das pessoas, o aumento dos conhecimentos dos participantes e melhoria das suas habilidades e competências, que poderão constituir uma mais-valia para a prevenção de comportamentos de risco e agravos à saúde. **Objetivo:** Refletir sobre a conceptualização da ES e a sua dimensão holística. **Desenvolvimento:** Os termos Promoção da Saúde e ES estão intimamente relacionados, mas não são sinónimos, sendo a Promoção da Saúde considerada mais abrangente do que a ES, uma vez que esta atividade faz parte daquela, que constitui um processo mais amplo. A ES pode definir-se como uma combinação de experiências de aprendizagem planeadas, no sentido de produzir mudanças nos conhecimentos, podendo influenciar atitudes, valores e facilitar a mudança de comportamentos e de estilos de vida. Educação e saúde exigem uma visão holística, devendo ter uma abordagem global e particular da pessoa nas suas várias dimensões em constante interação com o meio envolvente. Por isso, a ES deve ser um processo holístico e trabalhar a dimensão cognitiva, atitudinal, emocional e comportamental para poder ser efetiva. **Considerações finais:** Podemos concluir que a dimensão holística é essencial a esta atividade para que se possa falar de uma verdadeira ES! É esse o desafio para todos os profissionais envolvidos nesta atividade fazer desta atividade um processo holístico.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde Pública. Promoção da Saúde. Educação em saúde. Assistência integral à saúde. Comportamento.

THE HOLISTIC DIMENSION OF HEALTH EDUCATION

ABSTRACT: Introduction: The importance of Health Education (HE) lies in its contribution to the development of citizens and healthy societies, the effectiveness and sustainability of health systems, the achievement of the goals set by the WHO and sustainable development, people's quality of life, the increase of participants' knowledge and improvement of their skills and competencies, which may constitute an added value for the prevention of risk behaviours and health problems. **Objective:** To reflect upon the conceptualisation of Health Promotion and its holistic dimension. **Development:** The terms Health Promotion and HE are closely related, but not synonymous, and Health Promotion is considered to be more comprehensive than HE since this activity is part of the latter, which is a broader process. HE can be defined as a combination of planned learning experiences that produce changes in knowledge, can influence attitudes, values, and facilitate behavioural and lifestyle changes. Education and health require a holistic vision and should have a global and particular approach to the person in its various dimensions in constant interaction with the surrounding environment. Therefore, HE should be a holistic process and work the cognitive, attitudinal, emotional and behavioural dimension in order to be effective. **Final considerations:** We can conclude that the holistic dimension is essential to this activity so that we can speak of a true HE! That is the challenge for all professionals involved in this activity to make this activity a holistic process.

KEY-WORDS: Public Health. Health Promotion. Health Education. Comprehensive Health Care. Behavior.

INTRODUÇÃO

Atualmente existe evidência considerável de que a Educação (Na qual também enquadro a Educação em Saúde – ES), a literacia e o autocontrolo são de grande importância não só para a promoção e proteção da saúde da população, mas também para a efetividade e eficiência da prestação de cuidados de saúde, constituindo um fator crítico para a sustentabilidade do Serviço Nacional de Saúde (PORTUGAL. DESPACHO N.º 3618-A/2016).

É relevante conhecer a contribuição conceitual da Educação Permanente em Saúde e ES, para a compreensão dos acontecimentos atuais, no setor da saúde. Sem essa compreensão a efetividade da prestação de cuidados de saúde está comprometida (FERREIRA et al., 2019).

Por sua vez, Carvalho et al. (2021) afirmam que a Promoção da Saúde e ES têm um papel fulcral no desenvolvimento de cidadãos e sociedades saudáveis, sustentáveis e felizes, contribuindo para as metas e objetivos definidos pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e Bem-Estar na Europa, no que concerne ao crescimento sustentável e à educação

inclusiva e para a Agenda 2030, para o desenvolvimento sustentável da Organização das Nações Unidas (ONU). Para Caetano et al. (2017) a ES é uma ferramenta fundamental para se alcançar a Promoção da Saúde.

Loureiro (2014) refere que a escolaridade e a ES são direitos consagrados na constituição portuguesa (e de muitos outros países acrescentamos nós) e investimentos essenciais para que a população seja mais saudável. Acrescenta, ainda, que os níveis de literacia, que podem ser alcançados através de intervenções de ES são fatores preditivos de emprego, de participação ativa no desenvolvimento comunitário, de melhores níveis de saúde e de gestão de doenças crónicas, estando associados ao sucesso de uma nação.

Na mesma linha de pensamento Meireles et al. (2017) referem que a ES é uma ferramenta importante no processo de sensibilização individual e coletiva de responsabilidade e direitos à saúde, contribuindo para a consciencialização, de cada indivíduo acerca dos fatores que influenciam a sua saúde e dos riscos a que está exposto. Para Assunção et al. (2020) a importância da ES reside no facto de contribuir para a construção de uma consciência crítica, que leve os participantes a pensar na formação da sua identidade.

Monteiro et al. (2021) acrescentam a estas ideias a de que a ES estimula a luta pelos direitos à saúde, contribui para a melhoria da Qualidade de Vida e aumenta as possibilidades de conquista da autonomia, tendo sido imprescindível para informar a população e proteger a saúde mental das pessoas durante a crise pandémica da COVID-19. No mesmo sentido Costa et al. (2020) salientam a importância das ações de ES para a Promoção da Saúde e para o desenvolvimento de tarefas diárias das pessoas.

Outros autores (PAES et al, 2016) reforçam o papel importante das ações de ES, desenvolvidas em contexto escolar, para a formação integral dos alunos, referindo que as esferas da educação e da saúde se complementam, funcionando como mecanismos interdependentes, estabelecendo a associação entre a educação e melhores níveis de saúde e de bem-estar. Para estes autores sem saúde não há educação, assim como sem educação não há saúde.

Um olhar diferente para a ES é dado por Carvalho et al. (2021), quando reconhecem a sua importância no focar das necessidades específicas das pessoas, através da escuta ativa, permitindo a compreensão dos fatores biopsicossociais do grupo alvo e contribuindo para a promoção do conhecimento e diminuição de comportamentos de risco.

O efeito da ES na melhoria do conhecimento dos participantes é também abordado por outros autores, entre os quais Cruz et al. (2021), que afirmam que todas as ações de ES tiveram efeito nos conhecimentos dos participantes, tendo aquelas que utilizaram metodologias ativas obtido ainda melhores resultados. Esta afirmação é ainda corroborada por Gueterres et al. (2017), dizendo que a ES é importante para aumentar o conhecimento sobre práticas relacionadas com comportamentos saudáveis por parte dos indivíduos, contribuindo para a prevenção de agravos à saúde e potencializa a Qualidade de Vida.

Ao analisarmos estas perspectivas acerca da ES podemos visualizar uma visão mais macro na qual a importância da ES se centra no desenvolvimento dos cidadãos e de sociedades saudáveis, na efetividade e sustentabilidade dos sistemas de saúde, no contributo para o alcançar das metas estabelecidas pela OMS e desenvolvimento sustentável e para a qualidade de vida das pessoas. Uma outra perspectiva mais micro foca-se na consciencialização dos indivíduos acerca dos fatores que afetam a sua saúde, informação das pessoas, aumento dos conhecimentos dos participantes e melhoria das suas habilidades e competências, que poderão contribuir para a prevenção de comportamentos de risco e agravos à saúde. Existe um consenso alargado sobre o papel relevante das ações de ES desenvolvidas em contexto escolar e na garantia da formação integral dos alunos.

O objetivo deste trabalho foi refletir sobre a conceptualização da ES e a sua dimensão holística.

Este trabalho encontra-se organizado numa introdução, na qual se fundamenta a importância da ES, um enquadramento teórico no qual se aborda a promoção da saúde, enquanto processo abrangente e a ES, refletindo acerca das suas conceptualizações, gerações, a sua dimensão holística e as fases der desenvolvimento do um programa.

1. A PROMOÇÃO DA SAÚDE: UM PROCESSO ABRANGENTE

Existe alguma confusão na sociedade acerca do conceito de Promoção da Saúde (PrS), que muitas vezes é visto como sinónimo de ES. Uma condição fundamental inerente à PrS é que visa capacitar as pessoas por forma a terem mais controlo sobre os aspetos da vida que afetam a sua saúde. Estes dois elementos (melhorar a saúde e ter maior controlo sobre ela) são fundamentais para os objetivos e processos da PrS, como é expresso na definição emanada na primeira conferência internacional sobre PrS: "*Promoção da Saúde é o processo que permite às pessoas aumentarem o controlo sobre a sua saúde e melhorá-la*" (WHO, 1986: 2). Esta definição que tem sido largamente adotada, concebe a PrS como um processo, mas também implica um objetivo, com uma clara base filosófica e auto capacitação (Carvalho, 2007).

Por sua vez, Tones e Tilford (1994: 7), apresentam um conceito de PrS, através da fórmula: *"PrS = EpS X Política de saúde"*, baseando a sua conceptualização na opinião, de que um dos papéis da nova ES é capacitar as pessoas, torná-las mais conscientes acerca dos determinantes da saúde, principalmente, dos fatores ambientais e socioeconómicos, para que possam exercer pressão sobre quem define as políticas de saúde.

Outra definição de PrS foi lançada por Downie, Tannahill e Tannahill (2000: 2), os quais referem que a *"Promoção da Saúde compreende esforços para aumentar a saúde e reduzir o risco de doença, através das esferas de acção sobrepostas da educação, prevenção e protecção da saúde"*. Afirmam, ainda, que a PrS está relacionada com a Saúde Pública.

1.1. DIFERENCIAÇÃO ENTRE PROMOÇÃO DA SAÚDE E EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Neste ponto partimos das seguintes questões: Existe diferença entre PrS e ES? Se sim, qual a diferença entre estes dois termos?

No que diz respeito à diferenciação entre estes dois termos podemos afirmar que é um assunto não consensual. Contudo apresentaremos a nossa perspetiva assente numa vasta análise da literatura neste campo, nos últimos 20 anos.

Os termos PrS e ES estão intimamente relacionados, mas não são sinónimos. Tendo presente as definições atrás apresentadas, principalmente, a definição de Downie, Tannahill e Tannahill (2000), que diferenciam claramente PrS da ES, considerando a PrS mais abrangente do que a ES, uma vez que esta atividade faz parte da PrS, que constitui um processo mais amplo.

1.2. ATIVIDADADES DE PROMOÇÃO DA SAÚDE

Relativamente a este assunto Ewles e Simnett (1999) propuseram um esquema onde constam as principais atividades que atribuem à PrS, das quais fazem parte: i) os programas de ES; ii) a prestação de cuidados de saúde de prevenção primária, secundária e terciária (nós acrescentamos a prevenção quaternária e quinquenária); iii) o trabalho baseado na comunidade; iv) o desenvolvimento organizacional; v) as políticas públicas saudáveis; vi) as medidas de saúde ambiental e; vii) as atividades económicas e reguladoras. De seguida explicitamos melhor cada uma destas atividades.

i. **Programas de ES** – Oportunidades de aprendizagem acerca da saúde para desencadear mudanças voluntárias de comportamento. Podem incluir o disponibilizar informação, explorar valores e atitudes, tomar decisões relacionadas com a saúde e adquirir competências.

ii. **Cuidados de saúde preventivos** – Incluem os serviços que visam prevenir a doença como a vacinação, os exames periódicos, vigilância de saúde.

iii. **Trabalho baseado na comunidade** – Trabalha-se com e pelas pessoas envolvendo as comunidades no trabalho pela saúde. Inclui o desenvolvimento comunitário, no qual as comunidades identificam as suas necessidades e atuam no sentido de as satisfazer.

iv. **Desenvolvimento organizacional** – Refere-se ao desenvolvimento e implementação de políticas dentro das organizações que promovam a saúde dos trabalhadores e clientes (ex: implementação de políticas de igualdade de oportunidades e desenvolvimento de produtos mais saudáveis).

v. **Políticas públicas saudáveis** – Dizem respeito às implicações na saúde de políticas de habitação, emprego, transportes e lazer com o propósito de provocar mudanças

nas condições de vida. Ex: Bons transportes públicos.

vi. **Medidas de saúde ambiental** – Pretendem tornar o meio ambiente físico mais benéfico para a saúde em diversos contextos. Incluem o fornecimento de água potável, saneamento e controlo da poluição ambiental.

vii. **Atividades económicas e reguladoras** – Envolvem a atividade política e educacional dirigida a políticos, ideólogos políticos, responsáveis pelo planeamento, feitura e implementação de mudanças legislativas, tais como regulação de rótulos alimentares, advertências nas bebidas alcoólicas e aumento das taxas aplicadas ao tabaco.

Por seu lado, Downie, Tannahill e Tannahill (2000), perspetivam a PrS a englobar a ES, a prevenção e a proteção da saúde, envolvendo sete domínios de atividades, alguns dos quais pertencem a mais do que um dos três campos mencionados. Estes domínios foram assim apresentados para demonstrar a vasta gama de possibilidades da PrS, não devendo serem vistos separadamente como se formassem compartimentos estanques.

Por sua vez, Scriven (2005), faz referência a quatro níveis de PrS: primário, secundário, terciário e quaternário (Mais tarde foi introduzido o nível quinquenário). O nível primário envolve atividades preventivas dirigidas à população em geral com o objetivo de evitar a doença. As abordagens são diversas podendo ir da ES às medidas legislativas, fiscais e políticas. O nível secundário é dirigido a indivíduos ou a grupos populacionais nos quais os danos à saúde já tenham ocorrido. O propósito é mudar os estilos de vida não saudáveis e aumentar o nível de saúde, reforçando o comportamento que previne que a doença evolua para o estado crónico ou irreversível e, quando possível, restaurar a saúde para o estado anterior à doença. O nível terciário visa capacitar indivíduos ou grupos que têm doenças crónicas ou deficiência, a maximizar o seu potencial para um viver saudável. Por último, o nível quaternário concentra-se no facilitar ótimos estados de capacitação e bem-estar emocional, social e físico durante o estado terminal.

2. EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Já refletimos sobre o conceito de PrS. De seguida vamos fazer o mesmo exercício relativamente ao termo ES. Mas afinal o que é a ES?

2.1. CONCETUALIZAÇÕES E REFLEXÕES

O autor Rochon (1996), apresenta um conceito de ES baseado na combinação de experiências de aprendizagem planeadas, no sentido de facilitar a mudança voluntária de comportamentos saudáveis. Para este autor podemos encontrar alguns aspetos importantes implícitos nesta definição. Subjacente ao termo “combinação” encontra-se a necessidade da

utilização de diferentes métodos educativos, que favoreçam a aprendizagem e a importância da sua complementaridade; a referência a aprendizagens planeadas acentua o processo de reflexão sistemática; o verbo "facilitar" designa o papel do educador como facilitador da mudança de comportamentos; ao falar em mudanças voluntárias de comportamento refere-se à participação voluntária do indivíduo no que concerne à mudança no comportamento desejado; a adoção de "comportamentos saudáveis" como a finalidade a atingir (Carvalho, 2007).

Este primeiro conceito está muito centralizado na mudança de comportamento individual, não tendo em conta os determinantes sociais da saúde, nem inclui aspetos importantes como os valores pessoais, a autoestima das pessoas e a auto capacitação que são essenciais no processo de ES.

Mais tarde Tones e Tilford (1994: 11) definem ES como:

> *"Toda a atividade intencional conducente a aprendizagens relacionadas com saúde e doença* [...], *produzindo mudanças no conhecimento e compreensão e nas formas de pensar. Pode influenciar ou clarificar valores, pode proporcionar mudanças de convicções e atitudes; pode facilitar a aquisição de competências; pode ainda conduzir a mudanças de comportamentos e de estilos de vida".*

Esta definição é mais abrangente do que a anterior, incorporando implícita e explicitamente muitos dos fatores que influenciam as tomadas de decisão. Para além da transmissão de conhecimento será necessário um conjunto de apoios para uma mudança de atitudes, trabalhar as convicções pessoais, as crenças e os valores individuais para alcançar a mudança de comportamentos e de estilos de vida (Carvalho, 2002).

Uma conceptualização de ES mais recente é a apresentada por Downie, Tannahill e Tannahill (2000: 28), na qual afirmam que é:

> *"A actividade comunicacional visando aumentar a saúde, prevenir ou diminuir a doença nos indivíduos e grupos influenciando as crenças, atitudes e comportamento daqueles que detêm o poder e da comunidade em geral".*

Este conceito introduz um aspeto algo diferente dos anteriores, uma vez que para além do indivíduo comum, também inclui os líderes comunitários, que constituem modelos para toda a sociedade.

2.2. GERAÇÕES DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

De acordo com Moreno, Garcia e Campos (2000), na evolução da ES ao longo dos tempos podem observar-se três gerações, em paralelo com as alterações sociopolíticas e dos fatores de risco.

A primeira geração designada "ES informativa", segundo aqueles autores possui duas linhas: uma autoritária, que obriga o utente a seguir as normas para uma boa saúde; e outra, democrática, de informação neutra. Inerente a estas duas linhas está a transmissão de conhecimentos com intenção prescritiva.

Em paralelo com esta classificação encontra-se a tipologia em focos de atenção de Santos (2000). Nesta classificação, à primeira geração, "ES informativa", corresponde o "foco divulgativo" da tipologia de Santos (2000), sendo que a premissa básica deste foco é considerar que os comportamentos não saudáveis têm origem na falta de informação. Estes autores afirmam que esta geração de ES se inspira no modelo biomédico de saúde, estando muito centrada no ensinar como processo de comunicação de conhecimentos, orientada, fundamentalmente, para a prevenção e tratamento da doença, sob a forma de prescrições e recomendações, utilizando uma metodologia expositiva e unidirecional (Carvalho e Carvalho, 2006).

As críticas que Santos (2000), faz a este "foco divulgativo" é de que o conceito de saúde subjacente é um conceito negativo, que a concepção de educação é autoritária, que se fundamenta nos aspetos biológicos da doença e que parte de um pressuposto errado, de que a informação é suficiente para mudar atitudes e comportamentos. Neste sentido, Carvalho (2002: 4), afirma que:

> "*Na verdade, há ainda quem acredite que os estilos de vida não saudáveis são exclusivamente devido à ignorância das pessoas e, consequentemente, ficam altamente surpreendidos quando verificam que os indivíduos persistem nas suas formas de vida mesmo depois de "bombardeados" com grandes quantidades de informação*".

Esta autora considera esta visão muito simplista, pois se baseia na fórmula de que o Conhecimento (C) por si só conduz às Práticas (P). Utilizando a linguagem matemática reconhece que C é condição necessária, mas não suficiente para que ocorra P e por isso assume ser necessário inserir "A" de Atitude entre C e P, indicando que para além do Conhecimento adquirido, as Atitudes terão também de ser mudadas, para que se possa processar a adoção de comportamentos saudáveis.

A segunda geração proposta por Moreno, García e Campos (2000), perspectiva a ES "centrada no comportamento". Considera os fatores sociais e culturais e analisa as motivações e resistências aos instrumentos educativos e persuasivos para a mudança

de comportamentos. Surgiu devido à necessidade de encontrar respostas para a elevada morbimortalidade cardiovascular e oncológica associada aos estilos de vida não saudáveis. Por isso, o seu objetivo é obter comportamentos saudáveis e a informação é, apenas, um elo do processo.

Por sua vez, na tipologia de Santos (2000), a geração "centrada no comportamento" corresponde ao "foco comportamental". Esta tendência engloba o conjunto de modelos centrados em evitar e modificar comportamentos-problema. A saúde, neste foco, é considerada resultante do comportamento do indivíduo, determinado por estímulos do meio onde está inserido. O processo educativo gira em torno da aprendizagem e a preocupação centra-se em como dirigir a aprendizagem.

As principais críticas dirigidas pelo autor a este "foco comportamental" é de que é uma abordagem adaptativa, uma vez que, o seu objetivo é conseguir a melhor adequação possível ao meio, sem implicar as pessoas afetadas na modificação do seu meio ambiente. A posição reducionista da pessoa resulta da centralização no estudo da atuação sobre o comportamento, ignorando as outras dimensões humanas, uma vez que para que se considere uma intervenção de ES formativa esta deve abranger, também, os processos cognitivos e atitudinais, que tornem a modificação de comportamento uma ação consciente, racional e voluntária.

Por último, emergiu a terceira geração da ES denominada "crítica", perspectiva associada a uma cultura preventiva social e democrática, propondo alternativas de mudanças sociais, tentando reduzir as desigualdades e potenciando a participação comunitária (Moreno, Garcia e Campos, 2000).

Na classificação de Santos (2000), à ES crítica corresponde o "foco integral", que preconiza que a ES deve ir além da modificação dos comportamentos individuais e, por conseguinte, influenciar o ambiente e as instituições. Está claramente orientado para a promoção da saúde, e ainda que, integre a ação educativa individualizada e informação sobre saúde à população.

A principal crítica à abordagem integral da ES é de que ainda está numa fase de emergência e, ainda que, as suas bases conceptuais e metodológicas estejam suficientemente desenvolvidas, foi poucas vezes utilizada experimentalmente. A amplitude da sua estrutura e a exigência de um compromisso prévio de todos os implicados no processo de ES são os seus maiores obstáculos.

2.3. ABORDAGEM HOLÍSTICA DA EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Machado et al. (2007), partindo do princípio da integralidade, afirmam que todos os profissionais que trabalham com seres humanos, como é o caso dos profissionais de saúde, devem aprimorar uma visão holístico-ecológica, quer na prestação de cuidados, quer na produção de conhecimento.

No dizer de Teixeira (1996), a saúde para ser holística necessita ser perspectivada como um fenómeno multidimensional, que envolve aspetos físicos, psicológicos, sociais e culturais, todos interdependentes.

Educação e saúde exigem uma visão holística, englobando uma abordagem global e particular da pessoa nas suas várias dimensões em constante interação com o meio envolvente. Como tal, a ES deve ser um processo holístico, porque pretendendo aumentar a saúde da pessoa, grupo ou comunidade, procura desenvolver os processos internos que permitam à pessoa adotar comportamentos saudáveis, respeitando o seu estilo de vida e as suas crenças, sendo estas influenciadas pela comunidade da qual faz parte (Cracel, 2000; Carvalho & Carvalho, 2006).

Por sua vez, esta pessoa também influencia a comunidade provocando-lhe processos internos geradores da adoção de comportamentos saudáveis, uma vez que *"Não existe ser humano que não seja transformado pela sociedade em que se encontra, do mesmo modo que não existe sociedade que não se funde na autonomia com que os seus membros participam no programa que ela estabeleça"* (Illich, 1977: 124).

Segundo Oliveira (2000: 287), o conceito «holismo» possui, usualmente, uma denotação referente a uma «visão global», significado que, na sua opinião, parece derivar em grande parte das perspetivas sistémicas da cibernética e da engenharia da computação. No dizer de Griffin (1994), o holismo implica a síntese de todas as partes para obter um todo em que se deverá atingir a harmonia. Referindo-nos, especificamente, ao ser humano, «objeto» e ator da ES, a perspetiva holística considera-o como uma unidade bio fisiológica, psicológica, social e espiritual que se encontra em constante interação consigo mesmo, com outros seres humanos e com o meio ambiente (Casanova, 1992).

Na concepção holística, o organismo vivo é visto como um sistema cujos componentes estão interligados e interdependentes estabelecendo processos entre si. Este sistema é parte integrante de sistemas mais vastos, uma vez que o organismo está continuamente em interação contínua com o seu meio envolvente. Este é o caso do ser humano e da ES. Como os seres humanos comunicam entre si e interagem, sendo esses fenómenos componentes essenciais da ES, então por conseguinte, a ES é um processo holístico (Carvalho & Carvalho, 2006).

Na opinião de Damásio (1998), o homem é um todo e não se pode separar a dimensão física da psíquica, da social e da mental. Participa ativamente na sua própria construção e evolução, constituindo uma totalidade da interação entre as suas várias dimensões. Qualquer perturbação numa dimensão, transmitir-se-á a todas as outras e como tal para a globalidade que constitui o ser humano. Através das suas investigações consegue demonstrar que a componente emocional tem um peso muito importante no processo de decisão do ser humano e apelida de mito a separação entre mente e corpo. Os programas de ES devem ser dirigidos não apenas à dimensão física, mas a todas as dimensões, constituindo uma interação holística.

2.4. ETAPAS DE UM PROGRAMA DE EDUCAÇÃO EM SAÚDE

Um programa de ES deverá ser relativamente estruturado que defina as linhas fundamentais de atuação, em que participe desde os primeiros momentos o utente, tanto na identificação de necessidades como no planeamento e execução do programa. Deve ser suficientemente flexível, que tenha a capacidade de se adaptar em cada momento a novas necessidades e a situações concretas que se possam apresentar no seu desenvolvimento (Osuna e Moral, 2000).

Os programas de ES são constituídos por uma série de etapas ou fases. Diferentes autores propõem modelos de programas constituídos por diversas etapas. Contudo, as etapas comuns a quase todos eles são as seguintes (Osuna e Moral, 2000; Carvalho & Carvalho, 2006): i) Análise da situação – determinação das necessidades educativas, também conhecida por conhecimento prévio do grupo; ii) Justificação da necessidade do programa; iii) Definição de objetivos; iv) Conteúdos educativos; v) Determinação das estratégias de intervenção; vi) Atividades e metodologia educativa; vii) Previsão dos recursos; e viii) Desenho da avaliação do programa. De seguida descreve-se detalhadamente cada uma destas sete etapas.

i) Análise da situação - Esta etapa tem dois objetivos: a) identificar as necessidades educativas do grupo alvo do programa de ES a executar, com o propósito de desenhar um programa que dê resposta a essas necessidades; b) conhecer, o mais amplamente possível, as características desse grupo, com o fim de poder adaptar a metodologia, as atividades e recursos a essas características.

Geralmente, os programas de ES planeiam-se logo que se tenham identificado as necessidades de determinada comunidade e estabelecido prioridades. Uma vez realizado o diagnóstico de situação de saúde da comunidade e tendo selecionado os problemas sobre os quais intervir prioritariamente, assim como os fatores que os condicionam, estão satisfeitas as condições para iniciar o processo de elaboração do programa. O programa deve dirigir-se à modificação dos comportamentos, que influenciam negativamente os problemas de saúde identificados.

O processo de avaliação das necessidades educativas pode ser mais ou menos amplo e complexo, dependendo da natureza do problema sobre o qual se pretende intervir, do tempo e dos recursos disponíveis (Osuna e Moral, 2000; Carvalho & Carvalho, 2006).

No dizer de Clark (1996), a avaliação das necessidades educativas, na perspetiva epidemiológica, tem quatro componentes: a) biologia humana, b) ambiente, c) estilo de vida e d) sistema de cuidados de saúde, que coincidem com os determinantes de saúde.

A biologia humana influencia as necessidades de aprendizagem e as capacidades de aprendizagem do participante. As referidas necessidades e capacidades estão relacionadas com o nível de maturidade do participante e a adequação à sua função fisiológica.

Os fatores ambientais podem também influenciar as necessidades de aprendizagem e capacidades, especificamente, o ambiente físico, o ambiente psicológico e o ambiente social. As condições do ambiente físico muitas vezes alteram as necessidades educativas da ES. É o caso de um idoso que vive numa habitação com deficiente iluminação e muitas escadas, tornando-se necessário trabalhar esses conteúdos. Por sua vez os fatores psicológicos tais como o stresse e a ansiedade, podem também dificultar a aprendizagem dos participantes. Por último, o ambiente social é particularmente importante na formação de atitudes acerca da saúde e comportamentos relacionados com esta.

Os fatores relacionados com o estilo de vida influenciam as necessidades educativas dos participantes nos programas de ES. Por exemplo, os participantes que possuem comportamentos alimentares não saudáveis provavelmente necessitarão de uma educação alimentar e aqueles que apresentam comportamentos de risco de não utilização de cinto de segurança na condução de viaturas automóveis necessitarão de educação no âmbito da segurança rodoviária.

O grau de ênfase atribuído à ES pelos profissionais de saúde e outros profissionais que atuam nos processos de ES são fatores associados ao sistema de cuidados de saúde que influenciam o conhecimento e as atitudes relacionados com a saúde dos participantes (Clark, 1996).

Osuna e Moral (2000) propõem o estudo de variáveis como a mortalidade e morbilidade, fatores de risco, incapacidade, demografia, estrutura socioeconómica, recursos de saúde, aspetos culturais, necessidades sentidas por parte da população e organização social da comunidade, entre outros. Todos estes fatores podem condicionar de forma mais ou menos direta as necessidades educativas e a orientação que se dará posteriormente ao programa de ES.

ii) Justificação da necessidade do programa - Esta etapa da programação consiste em apresentar de forma explícita a necessidade de realização do programa de ES. Deve-se responder à pergunta: porque é que se pretende realizar o programa? Na sua elaboração deve ter-se em conta que esta é a fase de marketing do programa, em que se devem convencer os possíveis interessados (Instituições de saúde, gestores, políticos e a comunidade) da necessidade e importância do desenvolvimento do mesmo e do impacto que terá na saúde da comunidade.

A maioria da informação necessária à justificação de um programa de ES procede da etapa anterior. Deve fazer-se referência aos seguintes aspetos: a) Magnitude do problema; b) Custos em saúde, na área familiar e social; c) Evolução do problema e tendências; d) Relação do problema de saúde com os comportamentos; e) Existência de experiências prévias que demonstrem o efeito da ES sobre o problema ou, pelo menos, o efeito que a modificação de comportamentos tem sobre o mesmo (Osuna e Moral, 2000).

iii) Definição de objetivos - A definição de objetivos tem uma dupla finalidade. Por um lado, indicar o fim a que se espera chegar, com a intenção de não perdermos o caminho a percorrer e de que todas as ações contribuam para atingir esse fim. Por outro lado, os objetivos são um instrumento chave para a posterior avaliação do programa de ES. Para que os objetivos sejam um instrumento útil e atingir aquelas finalidades é necessário que apresentem as seguintes características: a) Pertinentes – Significativos e importantes para o problema de saúde; b) Mensuráveis – Utilizando os instrumentos disponíveis; c) Precisos – Fazerem referência a aspetos concretos e só a um deles; d) Compreensíveis – Devem identificar a que nos estamos a referir com o objetivo; e) Exequíveis – Realizáveis no tempo previsto.

Os objetivos devem também integrar os seguintes elementos: a) Natureza da situação desejada – Resultado concreto que se pretende alcançar com o programa (conhecimento, atitude, comportamento); b) Critérios de êxito ou de fracasso – Deve precisar os critérios que permitam apreciar o grau de êxito. Referem-se a taxas ou percentagens da população em que se pretende conseguir atingir o objetivo, à natureza do efeito da intervenção sobre os conhecimentos, atitudes e comportamentos, etc; c) Data para a consecução do objetivo – Momento em que o objetivo deve ser alcançado ou em que terá lugar a avaliação; d) População de referência – Definir o grupo populacional sobre o qual o programa de ES vai intervir; e) Âmbito de aplicação do programa – Refere-se à zona geográfica (distrito, bairro, localidade) bem como ao local onde se desenvolverá a atividade (Escola, Empresa, Centro de Saúde, Hospital, etc.) (Osuna e Moral, 2000).

Existem diversas tipologias de objetivos. Vamos abordar duas classificações: (i) objetivos gerais e específicos e (ii) objetivos de processo e objetivos de resultado (Osuna e Moral, 2000; Clark, 1996).

No que diz respeito à classificação em objetivos gerais e objetivos específicos, a sua definição deve realizar-se mediante uma sequência lógica em forma de árvore, em que cada objetivo geral constitui o tronco de onde partem vários objetivos específicos, que constituem os ramos.

Objetivos gerais – Derivam da justificação do programa. Devem centrar-se na resolução ou diminuição do problema identificado. Têm como referência os indicadores de saúde relacionados com o problema concreto que se deseja ultrapassar (incidência, prevalência, incapacidade, etc.)

Os objetivos gerais podem ser vários de acordo com os problemas de saúde em que se deseje intervir. Geralmente o número é reduzido e é frequente ser, apenas, um único. Ex: Diminuir em 10%, a incidência de complicações, nos diabéticos do Centro de Saúde, no próximo ano.

Objetivos específicos – Derivam dos objetivos gerais e centram-se no utente, grupo ou comunidade. Devem referir-se aos fatores que condicionam a modificação dos comportamentos. Podem formular-se objetivos específicos relativos aos conhecimentos,

atitudes e comportamentos ou competências. O número depende da complexidade do comportamento que se pretende modificar e do nível de especificação com que se deseje definir o resultado esperado, de acordo com os que se considerem imprescindíveis para a resolução ou diminuição do problema de saúde.

No que diz respeito aos objetivos específicos relativos aos conhecimentos devem descrever os conhecimentos que o participante no programa deve adquirir para facilitar a mudança de comportamento. A redação dos objetivos realiza-se utilizando verbos que indiquem ação, para que sejam facilmente observáveis e mensuráveis. Ex: Conseguir que 80% dos diabéticos do Centro de Saúde saibam descrever a técnica correta do cuidado aos pés, no final da sessão.

Quanto aos objetivos específicos de atitudes devem descrever a disposição mental do participante para a mudança de comportamento necessária. Ex: Conseguir que pelo menos 60% dos diabéticos do Centro de Saúde apresentem uma disposição favorável ao cuidado diário dos pés, no final da sessão.

No que se refere, aos objetivos específicos relativos aos comportamentos, que descrevem as ações ou comportamentos que o participante deverá realizar para que tenhamos a garantia que levando a cabo esses comportamentos descritos se consegue o objetivo geral. Ex: Conseguir que 50% dos diabéticos do Centro de Saúde desenvolvam competências no autocuidado aos pés, no final da sessão.

A segunda tipologia integra os objetivos de processo e os objetivos de resultado. Os objetivos de processo definem o processo de educação do participante e descrevem as ações a serem tomadas pelo educador, enquanto os objetivos de resultado descrevem comportamentos que são esperados que o participante desempenhe em resultado da ES.

Os objetivos de resultado podem ser classificados de acordo com o domínio de aprendizagem que descrevem e o nível de tarefas dentro do próprio domínio. Os domínios de aprendizagem são quatro: a) o domínio cognitivo refere-se às capacidades intelectuais relacionadas com a informação e a sua aplicação; b) o domínio afetivo cujo foco da aprendizagem são as atitudes e os valores; c) o domínio psico-motor, cuja ênfase é na aprendizagem de habilidades manuais; d) o domínio percetivo, com ênfase na perceção e extração de informação (Clark, 1996). Uma vez redigidos os objetivos, fica perfeitamente explícito onde queremos chegar com a realização do programa de ES. Além disso, a descrição dos objetivos assinala o caminho a percorrer, sugerindo os conteúdos educativos a introduzir, as atividades e a metodologia a utilizar. Dá, ainda, indicações acerca dos recursos necessários e define os critérios de avaliação do programa (Osuna e Moral, 2000).

iv) Conteúdos Educativos - Os conteúdos educativos são a informação, os tópicos ou temas, que se devem transmitir ao grupo alvo através de qualquer método ou meio, com o propósito de atingir o objetivo ou objetivos propostos (Dominguez, Larrosa & Regato, 1993).

Os conteúdos de um programa de ES estão condicionados pelos objetivos previamente elaborados e pelas características das pessoas a quem o programa é dirigido. Entre estas características temos a idade dos participantes, o seu nível de instrução, as suas experiências prévias, as doenças, os conhecimentos, as atitudes, entre outras (Osuna e Moral, 2000).

Como a informação existente acerca de determinado tópico é extensa e não pode ser toda apresentada numa sessão de ES, o educador necessita de selecionar a informação mais apropriada e relevante para o grupo alvo. Após se ter selecionado o conteúdo, este deve ser organizado numa sequência lógica uma vez que a nova aprendizagem é baseada na aprendizagem prévia. O conteúdo deve ser organizado do simples para o complexo, do mais importante para o menos importante ou do mais familiar para o menos familiar (Clark, 1996).

v) Determinação das estratégias de intervenção - Pode definir-se estratégia como um procedimento geral metodológico que pode compreender várias atividades de aprendizagem, uso especifico de meios de transmissão de informação ou para realizar a intervenção (Greene e Simons-Morton, 1988).

Na opinião de Clark (1996), a seleção das estratégias de ensino-aprendizagem dependem das características dos participantes, das características do educador, do tipo de tarefas de aprendizagem, dos conteúdos envolvidos e da disponibilidade de recursos necessários à implementação de estratégias específicas. As estratégias de ensino-aprendizagem selecionadas devem ser adequadas à idade, nível de desenvolvimento e nível educacional da audiência. Devem ser escolhidas aquelas que mantenham o interesse do educando e se adequem aos conteúdos a serem apresentados. Por sua vez, certas tarefas de aprendizagem adaptam-se a estratégias de ensino específico. Por exemplo, a discussão e o jogo de papéis são métodos eficazes na criação de consciência de valores pessoais, enquanto que a pesquisa é mais apropriada à aquisição de conhecimento.

Segundo Osuna e Moral (2000), na seleção de estratégias devem ter-se em conta os seguintes aspetos: a) Orientação conceptual e filosófica – Dos próprios educadores quanto ao foco teórico da ES, à importância a dar aos participantes no próprio programa. Tudo isto pode conduzir a estratégias de intervenção de carácter mais individual ou comunitário, estratégias de maior implicação e protagonismo dos profissionais ou dos líderes da comunidade; b) Natureza e alcance dos recursos disponíveis – A disponibilidade dos meios de comunicação social (rádio, televisão) determina que a estratégia possa estar centrada mais no trabalho comunitário ou no foro individual; c) Grupo alvo do programa – No caso de utentes do Centro de Saúde (Ex: doentes crónicos), a estratégia orienta-se para intervenções individuais e grupais no próprio Centro. Se pelo contrário a população é caracterizada pela sua atividade (estudantes, operários de uma empresa), as estratégias centram-se na intervenção sobre o local de atividade e sobre os responsáveis

e líderes do contexto de trabalho; d) Nível de estruturação social da zona de saúde – É de primordial importância para definir a estratégia mais adequada. Em zonas com alto nível de estruturação pode-se centrar a intervenção em organizações e líderes sociais (Associação de Utentes, Associações Religiosas, Desportivas, etc); e) Tipo de problema objeto do programa – Os problemas ou necessidades de Saúde Pública (cancro, sida, prevenção de doenças cardiovasculares, etc.) requerem estratégias orientadas à implicação de todos os indivíduos da comunidade. Pelo contrário, problemas de saúde que afetam grupos mais específicos podem utilizar-se estratégias de carácter individual ou grupal; f) Características culturais e socioeconómicas – A credibilidade que o sistema e os profissionais de saúde têm junto da população condicionam a estratégia adequada. Neste sentido existem diferentes experiências que põem a manifesto que estratégias de intervenção válidas para a população em geral não têm nenhum impacto sobre grupos específicos (adolescentes, ciganos, população rural, etc.).

No dizer de Greene e Simons-Morton (1988) é preferível optar por uma aproximação flexível aquando da seleção da estratégia mais adequada para cada programa. No caso de um programa de ES dirigido a diferentes grupos (alunos, professores, pais) é necessário adotar estratégias diferentes para cada grupo, uma vez que a estratégia adequada contribui de forma significativa para o êxito do programa.

vi) Atividades e metodologia educativa - Depois de definir a estratégia de intervenção mais adequada, torna-se necessário prever a metodologia educativa que se considera mais útil para alcançar os objetivos. Este passo compreende a identificação de meios, métodos, atividades e procedimentos pedagógicos na execução do programa de ES.

Os meios são o suporte que se utiliza para transmitir uma informação, estimular um comportamento, mobilizar sentimentos, entre outros. Entende-se por método a forma sistemática e ordenada de realizar uma ou mais atividades para ensino-aprendizagem de algo. Garcia et al. (1995), definiram método pedagógico como a caminho que se deve seguir para expor a informação da forma mais fácil e vantajosa, pondo em prática de forma ordenada e racional os princípios e regras que sejam necessários.

Pode afirmar-se que não existem regras definidas para a seleção de materiais e métodos mais adequados a cada situação. No entanto, conhecem-se diversos fatores que condicionam a seleção de atividades e metodologias, entre os quais: a) Natureza do conteúdo – Se se trata da aprendizagem de factos simples, provavelmente será suficiente, o uso de materiais escritos (folhetos, slides, etc.). Se o objetivo é o desenvolvimento de competências devem incorporar-se métodos como a demonstração e a prática por parte do utente/cliente. Os objetivos relacionados com as atitudes e motivações requerem métodos grupais em que se compartilhem ideias, haja discussão e os participantes interatuem entre eles, assim, como os objetivos que tenham implícito o desempenho de papéis e atividades de clarificação de valores; b) Características do grupo alvo – Se o grupo tem um nível

de instrução alto e conhecimentos sobre o tema, podem utilizar-se métodos clássicos como o expositivo (aula), a conferência. Se o nível de instrução é mais baixo ou existe um desconhecimento total do tema, utilizam-se métodos (método demonstrativo) que permitam uma observação direta de cada uma das fases que constituem o comportamento concreto a que nos estamos a referir; c) Capacidades do próprio educador – Geralmente, o educador utiliza com maior destreza um método do que outro. A experiência acumulada na utilização das diferentes metodologias deve ser um critério a ter em conta; d) Marco teórico – Cada teoria de aprendizagem ou de modificação de comportamento sugere uma série de atividades de aprendizagem. Dependendo de como se entenda que se produzem as mudanças de comportamento e os fatores que as condicionam utilizar-se-ão métodos caracterizados pela transmissão de mensagens, a participação e negociação com o utente, os reforçadores, a influência do meio, etc.; e) Materiais disponíveis – Cada metodologia requer para o seu desenvolvimento a utilização de materiais e condições específicas. Os métodos demonstrativos necessitam de material clínico (instrumentos, modelos, meios audiovisuais). O desenvolvimento de certas técnicas requer a participação de um número determinado de participantes e a disponibilidade de um tempo concreto (Osuna e Moral, 2000).

vii) Previsão dos recursos - Nesta fase do planeamento do programa devem selecionar-se e prover-se os recursos humanos, materiais e financeiros. O êxito de um programa de ES pode estar condicionado pela disponibilidade dos recursos necessários. A sua provisão não pode deixar-se ao acaso já que se põe em perigo o desenvolvimento da sessão (Osuna e Moral, 2000).

Os programas de ES envolvem a utilização de diferentes materiais (folhetos, cartazes, diapositivos, vídeos, material clínico, etc.). Deve definir-se todo o material necessário assim como prever a forma de o obter. Em certas ocasiões é necessária a aquisição do mesmo ou a solicitação à instituição para quem se planeia o programa.

Os materiais selecionados devem ser apropriados ao grupo alvo e aos conteúdos apresentados. Por exemplo, se a audiência é um grupo de crianças, um livro colorido pode ser uma ajuda efetiva numa sessão de educação alimentar, mas não o será para um grupo de adolescentes.

Estes materiais necessitam transmitir informação a um nível que possa ser compreendido pelos participantes. Também devem ser sensíveis às crenças culturais dos participantes, atitudes e valores. Por exemplo, materiais usados na temática das infeções sexualmente transmissíveis (IST) cujas fotografias mostram, apenas, membros de grupos minoritários, transmitem a ideia de que somente os membros desse grupo, contraem estas infeções. Estas suposições são erradas, discriminatórias e ofensivas para os membros dessas minorias que possam fazer parte da audiência.

Podem ocorrer problemas com materiais escritos quando os participantes têm uma baixa escolaridade. Estudos recentes acerca de informação escrita relacionada com métodos contracetivos indicaram que muitos desses documentos são escritos acima dos níveis de literacia de muitos leitores (Swanson et al., 1990). Assim, para clientes com níveis de literacia baixos, as fotografias, as figuras ou vídeos são mais apropriadas para o ensino do que os materiais escritos.

Outras considerações na seleção de materiais de ensino incluem a necessidade de equipamento especial (projetores multimédia, computadores), adaptação à exposição dos conteúdos e a facilidade de utilização. Podem haver constrangimentos resultantes das circunstâncias onde a aprendizagem tem lugar. É o caso de uma exposição ao ar livre onde os vídeos são inapropriados. Por último, na seleção de materiais a visualizar é necessário ter em conta a capacidade dos participantes para ver os materiais. Por exemplo, se são usados slides, o tamanho da letra deve permitir a leitura por todos os participantes no fundo da sala. Da mesma maneira quando se fazem demonstrações, todos os participantes devem poder visualizar aquilo que é demonstrado (Clark, 1996).

Quanto aos recursos humanos devem integrar a equipa os profissionais que vão participar como educadores, que reúnam as características mais adequadas ao desenvolvimento do programa. Geralmente, os profissionais responsáveis pelo planeamento do programa de ES são os mais implicados na execução do mesmo o que garante o conhecimento deste. Nesta fase devem definir-se as atividades que cada um dos educadores deve desenvolver e se for necessário prever as competências requeridas para cada um deles.

Devem prever-se as instalações necessárias ao desenvolvimento do programa (sala de reuniões, sala de aula, sala de consulta, ginásio) e garantir que reúnem as características necessárias para a utilização da metodologia prevista e que se encontrem disponíveis na altura necessária.

A execução de um programa de ES envolve determinados custos que se devem calcular, elaborando-se um orçamento para conseguir os recursos financeiros necessários. Nesta fase devem determinar-se as fontes de financiamento que suportarão o custo do programa (Centro de Saúde, Sub-Região de Saúde, Ministério da Saúde, etc.) (Osuna e Moral, 2000).

viii) Desenho da avaliação do Programa - A última etapa do planeamento em ES é o desenho de um plano de avaliação do programa. A avaliação deve entender-se como uma atividade permanente e que percorre cada uma das etapas do planeamento da ES.

A avaliação do programa deve centrar-se nos seus diferentes componentes: estrutura, processo e resultado. Por sua vez a avaliação da adequação dos recursos às necessidades do programa permite identificar a eficiência e a contribuição de cada um deles para se atingirem os resultados pretendidos, facilitando a identificação dos recursos imprescindíveis

ao seu desenvolvimento. A avaliação das diferentes atividades e metodologias posta em marcha proporciona informação sobre os métodos mais adequados para a consecução dos objetivos estabelecidos.

A avaliação dos resultados deve ser o eixo central desta tarefa que com uma adequada definição dos objetivos, gerais e específicos, praticamente identificará os indicadores de avaliação. Os critérios para avaliação dos resultados da ES derivam dos objetivos de resultado, critérios para avaliação do desempenho do educador e os do processo educacional resultam dos objetivos de processo (Osuna e Moral, 2000; Clark, 1996).

O que deve desenhar-se são os instrumentos de recolha de dados para a avaliação do programa (questionários, grelhas de observação, indicadores sanitários, escalas de autonomia, etc.). Além disso, deve determinar-se o momento, a forma e as pessoas encarregues da recolha dos dados necessários, assim como do seu tratamento e análise posterior.

Os resultados da avaliação devem servir não só para comprovar a eficácia do programa, mas também para melhorar a sua qualidade. Nesta linha torna-se necessário introduzir elementos de avaliação durante o desenvolvimento do programa para identificar possíveis desvios e introduzir as modificações precisas (Osuna e Moral, 2000).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Em termos da conceptualização da ES, na nossa opinião existe diferença entre PrS e ES, que constitui um processo mais amplo, englobando a própria ES. A ES pode ser considerada como uma combinação de experiências de aprendizagem relacionadas com a saúde e a doença, destinada a facilitar mudanças voluntárias de comportamento dos participantes. A ES deverá trabalhar o domínio cognitivo, atitudinal, dos valores e psicomotor/comportamental. Se tal não acontecer não se tratará de uma verdadeira ES, mas sim de uma pseudo ES. Os líderes comunitários também deverão ser envolvidos, enquanto modelos societais e uma vez que também aprendemos por modelagem.

Não existem dúvidas que a ES deverá ser implementada de forma holística, para que possa ser considerada efetiva, uma vez que exige uma abordagem global e particular de cada pessoa, nas suas várias dimensões, incluindo ainda o ambiente em constante interação, com todas essas dimensões e com os outros seres humanos.

Assim podemos concluir que a dimensão holística é essencial a esta atividade para que se possa falar de uma verdadeira ES! É esse o nosso desafio para todos os envolvidos nesta atividade.

Este trabalho foi financiado por Fundos Nacionais através da FCT – Fundação para a Ciência e a Tecnologia no âmbito dos projetos do CIEC (Centro de Investigação em Estudos da Criança da Universidade do Minho) com as referências UIDB/00317/2020 e

UIDP/00317/2020.

Cofinanciado por: UIDB/00317/2020 UIDP/00317/2020

FCT Fundação para a Ciência e a Tecnologia

REFERÊNCIAS

ASSUNÇÃO, M.L.B.; SILVA, C.T.S.; ALVES, C.A.M.; ESPÍNDOLA, M.M.M. Educação em Saúde: a atuação da Enfermagem no ambiente escolar. *Rev enferm UFPE online*, Recife, v.14, e243745, 2020. DOI: 10.5205/1981-8963.2020.243745. Acesso em 12 fev. 2022.

CAETANO, A.; LEITE, S.Q.M.; ROSA, C.A. Educação em Saúde na escola: plano de intervenção escolar para debater infecções sexualmente transmissíveis no Ensino Médio. *Experiências em Ensino de Ciências*, Cuiabá, v. 12 , n.º 8, 2017. Disponível em: https://if.ufmt.br/eenci/artigos/Artigo_ID447/v12_n8_a2017.pdf. Acesso em: 31 jan. 2022.

CARVALHO, G. S. *Literacia para a saúde: um contributo para a resolução das desigualdades em saúde*. In Atas do Colóquio Saúde e discriminação social, p. 119-135, 2002, Braga.

CARVALHO, A. A. S.; CARVALHO, G. S. *Educação para a saúde: conceitos, práticas e necessidades de formação. Um estudo sobre as práticas de educação para a saúde dos enfermeiros*. Loures: Lusociência, 2006.

CARVALHO, A.A.S. Promoção da Saúde: concepções, valores e práticas de estudantes de Enfermagem e de outros cursos do ensino superior. 2007. 31 f. Tese (Doutoramento em Estudos da Criança com Especialização em Saúde Infantil) não publicada – Instituto de Estudos da Criança, Universidade do Minho, Braga.

CARVALHO, R.O.; RAMOS, W.T.; MANZOLI, G.N.; PEIXOTO, M.G.; SOUZA, D.R.V.; LIMA, D.S. Medidas de educação em saúde sobre infecções sexualmente adquiridas para escolares do ensino médio. *Revista ELO – Diálogos em Extensão*, Viçosa, v. 10, p. 1-7, 2021. DOI: 10.21284/elo.v10i.12400. Acesso em: 31 jan. 2022.

CASANOVA, R. G. Q. Holismo: consequencias de una errónea interpretación. *Rol de enfermería*, Vol. 165, p. 65 – 67, 1992.

CLARK, M. J. *Nursing in the community*. 2ª ed. Connecticut: Stanford, 1996.

COSTA, D.A.C.; CABRAL, K.B.; TEIXEIRA, C.C.; ROSA, R.R.; MENDES, J.L.L.; CABRAL, F.D. Enfermagem e a Educação em Saúde. *Rev Cient Esc Estadual Saúde Pública Goiás "Candido Santiago"*. V. 6, n. 3:e6000012, 2020. Disponível em: https://www.revista.esap.go.gov.br/index.php/resap/article/view/234/90. Acesso em: 31 jan. 2022.

CRACEL, C. Paradigma holístico. *Revista Trajectos e Projectos*, Vol. 2, p. 31-35, 2000.

CRUZ, K.B.; MARTINS, T.C.R.; CUNHA, P.H.B.; GODAS, A.G.L.; CESÁRIO, E.S.; LUCHES, B.M. Intervenções de educação em saúde de primeiros socorros, no ambiente escolar: uma revisão integrativa. *Revista Enfermería Actual*, San José, n. 40, p. 1-20, jan-jun 2022. DOI: 10.15517/revenf.v0i40.43542. Acesso em: 31 jan. 2022.

DAMÁSIO, A. R. *O erro de Descartes. Emoção, razão e cérebro humano*. Lisboa: Publicações Europa América, 1998.

DOMINGUEZ, J.; LARROSA, A.; REGATO, P. *La educación para la salud es cosa de todos. Sector 11 de Atención Primaria*. Madrid: Insalud, 1993.

DOWNIE, R.; TANNAHILL, C.; TANNAHILL, A. *Health promotion. Models and values* (2nd ed., pp. 9-75). Oxford: University Press, 2000.

FERREIRA, L.; BARBOSA, J.S.A.; ESPOSTI, C.D.D.; CRUZ, M.M. Educação Permanente em Saúde na atenção primária: uma revisão integrativa da literatura. *Saúde Debate*, Rio de Janeiro, v. 43, n. 120, p. 223.239, jan-mar 2019. DOI: 10.1590/0103-1104201912017. Acesso em: 31 jan. 2022.

GREENE, W.H.; SIMONS-MORTON B. G. Planeación, ejecución y administración de programas. In: GREENE, W.H.; SIMONS-MORTONS, B.G. Educación para la salud. p. 231-261. México: McGraw-Hill-Intermamericana, 1988.

GUETERRES, E.C.; ROSA, E.O.; SILVEIRA, A.; SANTOS, W.M. Educação em saúde no contexto escolar: estudo de revisão integrativa. Enfermería Global, n. 46, p. 477-488, abr 2017. DOI: http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.2.235801. Acesso em: 12 fev. 2022.

ILLICH, I. *Limites para a medicina*. Lisboa: Livraria Sá da Costa Editora, 1977.

LOUREIRO, I. *A importância social da educação para a saúde*. In: XI Jornadas APDIS, 27-28 março 2014, Lisboa. Jornadas APDIS ACTAS. Lisboa: APDIS Publicações, 2014. Disponível em: https://apdis.pt/publicacoes/index.php/jornadas/issue/view/13. Acesso em: 20 out. 2021.

MACHADO, M.F.A.S.; MONTEIRO, E.M.L.M.; QUEIROZ, D.T., VIEIRA, N.F.C.; BARROSO, M.G.T. Integralidade, formação de saúde, educação em saúde e as propostas do SUS - uma revisão conceitual. *Ciência & Saúde Coletiva*, vol 2, n. 12, p. 335-342, 2007. DOI: https://doi.org/10.1590/S1413-81232007000200009. Acesso em: 20 out. 2021.

MEIRELLES, R.M.S.; PEREIRA-FERREIRA, C.; PEREIRA-COSTA, E.; OLIVEIRA, M.F.A. Jogos sobre educação em saúde: limites e possibilidades. *Enseñanza de las Ciências*, n. Extraordinário X Congresso Internacional sobre Investigación em Didática de las Ciências, Sevilla, 2017. Disponível em: https://ddd.uab.cat/pub/edlc/edlc_a2017nEXTRA/24_-_Jogos_sobre_educacao_em_saude.pdf. Acesso em: 31 jan. 2022.

MONTEIRO, B.B.S.; TORRES, L.G.S.; SILVA, D.C.F.; CARVALHO, T.P.; ARAÚJO, L.J.F.;

TRINDADE, S.S. et al. A importância da educação em saúde na saúde mental em tempos de pandemia da covid-19: relato de experiência. *Revista CPAQV – Centro de Pesquisas Avançadas em Qualidade de Vida*, Vol. 13, n. 1, p. 1-5, 2021. DOI: 10.36692/v13n1-23. Acesso em: 20 out. 2021.

MORENO, A. S.; GARCÍA, E. R.; CAMPOS, P. M. *Conceptos en educación para la salud*. In: MORENO, A. S.; GARCÍA, E. R.; CAMPOS, P. M. (dir.). Enfermería comunitária. Madrid: McGraw-Hill, 2000.

OLIVEIRA, C. C. *Holismo: aprender e educar*. In: CARVALHO, A. D. et al. (coord.). Diversidade e identidade. Braga: Tipografia Nunes, 2000.

OSUNA, A. F.; MORAL, P. A. *Programación de las actividades de educación para la salud*. In: OSUNA, A. F. *Salud pública y educación para la salud*. p. 409-419. Barcelona: Masson, 2000.

PAES, C.C.D.C.; PAIXÃO, A.N.P. A importância da abordagem da Educação em Saúde: Revisão de literatura. *REVASF*, Petrolina, Vol. 6, n. 11, p.80-90, dez 2016. Disponível em: http://200.133.3.238/index.php/revasf/article/viewFile/944/634. Acesso em: 20 out. 2021.

PORTUGAL. DESPACHO n.º 3618-A/2016, de 10 de março. *Determina a criação do programa nacional de educação para a saúde, literacia e autocuidados*. Diário da República, v. 49, Série II, 2016.

ROCHON, A. *Educacion para la salud. Guia practica para realizar un proyecto*. Barcelona: Masson, 1996.

SANTOS, V. L. *Marco conceptual de educación para la salud*. in: OSUNA, F. Salud pública y educación para la salud. Barcelona: Masson, 2000.

SCRIVEN, A. *Promoting Health: Perspectives, policies, principles, practice*. In Scriven, A. (Ed.), Health Promoting practice. The contribution of nurses and allied health professionals (pp. 1-16). London: Palgrave Macmillan, 2005.

SWANSON, J.M.; FORREST, K.; LEDBETTER, C.; HALL, S.; HOLSTINE, E.J.; SHAFER, M.R. Readability of commercial and generic contraceptive instructions. *Image*, Vol. 22, p. 96-100, 1990. DOI: 10.1111/j.1547-5069.1990.tb00183.x. Acesso em: 20 out. 2021.

TEIXEIRA, E. Reflexões sobre o paradigma holístico e holismo e saúde. Rev. Esc. Enf. USP, V. 30, n. 2, p. 286-90, ago. 1996. Disponível em: https://www.scielo.br/j/reeusp/a/Cc7DsQRzKf8BrnqWgp3jtzB/?format=pdf. Acesso em: 19 fev. 2022.

TONES, K.; TILFORD, S. *Health education. Efectiveness, efficiency and equity*. London: Chapman & Hall, 1994.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. MINISTÉRIO DA SAÚDE. Carta de Ottawa para a promoção da saúde. Lisboa: Divisão da Educação para a Saúde, 1986.

CAPÍTULO 7

TRAJETÓRIA PEDAGÓGICA DE PROGRAMA DE FORMAÇÃO EM SAÚDE SEXUAL: RELATO DE EXPERIÊNCIA

Maria Madalena da Silva Ferreira Salgado de Oliveira.

Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Portugal.

E-mail: mmoliveira@esel.pt

ORCID ID -0000-0002-0762-6802

RESUMO: Na educação em enfermagem, apostar na saúde sexual significa contribuir para boas práticas de cuidar, dada a natureza sexuada do ser humano. Desenvolver nos/as estudantes a noção de que são responsáveis por assegurar direitos humanos fundamentais, faz parte do papel do/a professor/a e o carácter holístico e humanista da enfermagem, coloca a saúde sexual como uma dimensão importante do cuidar. Este relato de experiência é centrado na trajetória de um programa de formação na área da saúde sexual. O principal objetivo é o de promover a partilha e a discussão sobre a matriz curricular utilizada, perspectivada como uma experiência pedagógica bem-sucedida ao nível da formação de estudantes do segundo ciclo de estudos em enfermagem. Os temas abordados neste programa têm-se mantido atuais e vindo a possibilitar discussões profícuas em torno dos conceitos de sexualidade, saúde sexual, género, direitos sexuais e educação para a sexualidade, com contributos para a prática quotidiana dos enfermeiros/as. Integrar a abordagem da sexualidade humana na formação destes profissionais, incluindo as questões da diversidade (sexual e de género), é uma forma de salvaguardar os direitos humanos das pessoas por estes cuidadas. Através das considerações tecidas, almejamos contribuir para que a abordagem da saúde sexual na formação em enfermagem seja uma realidade cada vez mais presente.

PALAVRAS-CHAVE: Saúde sexual. Direitos sexuais. Formação académica em enfermagem.

PEDAGOGICAL TRAJECTORY OF A SEXUAL HEALTH TRAINING PROGRAM: EXPERIENCE REPORT

ABSTRACT: In nursing education, investing in sexual health means contributing to good care practices, given the sexual nature of human beings. Developing in students the notion that they are responsible for ensuring fundamental human rights is part of the teacher's role and the holistic and humanistic nature of nursing places sexual health as an important dimension of care. This experience report is centered on the trajectory of a training program in the area of sexual health. The main objective is to promote sharing and discussion about the curriculum used, seen as a successful pedagogical experience in terms of training students in the second cycle of studies in nursing. The topics covered in this program have remained current and have enabled fruitful discussions around the concepts of sexuality, sexual health, gender, sexual rights and sexuality education, with contributions to the daily practice of nurses. Integrating an approach to human sexuality in the training of these professionals, including issues of diversity (sexual and gender), is a way of safeguarding the human rights of the people they care for. Through the considerations made, we aim to contribute so that the approach to sexual health in nursing education is an increasingly present reality.

KEY-WORDS: Sexual health. Sexual rights. Academic training in nursing.

INTRODUÇÃO

A enfermagem como disciplina do cuidar tem durante muito tempo negligenciado a abordagem das questões da sexualidade humana, com impacto na capacitação dos enfermeiros/as para atuarem junto dos seus clientes no âmbito da saúde sexual. Tal pode ser explicado pela história da sexualidade enformada por tabus e mitos (velhos, mas também novos) plasmados em documentos oficiais (PRAZERES, 2008, 2015) e nas representações de enfermeiros/as, professores e dos próprios estudantes, resultando na invisibilidade desta temática nos currículos escolares. Mas o carácter holístico e humanista do cuidar em enfermagem, coloca a saúde sexual como uma dimensão importante da saúde global e a educação para a saúde e para a sexualidade, como foco de intervenção dos enfermeiros/as. Estes têm como missão contribuir para uma cidadania plena e, logo, para escolhas informadas em matéria de saúde sexual (ONU, Agenda para 2030; CARVALHO *et al*., 2017).

Este relato de experiência é centrado na trajetória de um programa de formação concebido para uma unidade curricular de opção em sexualidade no primeiro Curso de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia no ano letivo de 2005/06, cuja matriz tem sido implementada na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL) em vários cursos e unidades curriculares nos anos subsequentes até 2021, vindo a ser alinhado com os objetivos de cada curso e com as necessidades identificadas nos diferentes grupos de estudantes. O objetivo deste trabalho é o de promover a partilha

e a discussão sobre a matriz curricular utilizada, perspetivada como uma experiência pedagógica bem-sucedida ao nível da formação de estudantes do 2º ciclo de estudos em enfermagem. Através das considerações tecidas, pretendemos igualmente contribuir para enriquecer o debate em torno da abordagem das questões da saúde sexual na formação dos/as enfermeiros/as.

A exploração dos conceitos de sexualidade, saúde sexual e direitos sexuais e reprodutivos, são o principal marco teórico utilizado.

Em termos dos resultados limitamo-nos neste trabalho a uma avaliação do processo.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A sexualidade existe ao longo de todo o ciclo de vida, comporta várias dimensões que estão longe de se esgotar na dimensão física, estritamente relacionada com o sexo, embora o inclua. Também abrange o género, as identidades e papéis sexuais, o prazer e a intimidade (WHO, 2006, 2009, 2016). Tem várias funções como a comunicação e a reprodução. E, enquanto a última, se restringe à etapa do ciclo de vida reprodutivo de mulheres e homens, a comunicação caracteriza-nos como seres humanos e realça as especificidades desta condição. A sexualidade varia também de pessoa para pessoa, sendo marcada pela diversidade que resulta das múltiplas singularidades individuais, onde se inscrevem as vivências de cada um, enformadas por um conjunto de crenças e condicionadas por papeis sociais, pressupostos éticos, morais, religiosos, entre outros. É neste sentido que a Organização Mundial de Saúde (OMS) perspectiva a saúde sexual, integrando aspetos físicos, psicológicos, emocionais, intelectuais e sociais da pessoa (WHO, 2006, 2016, 2017). Esta faz parte do bem-estar e saúde global, influenciando os relacionamentos interpessoais e sociais, com impacto também no desenvolvimento social e até económico (WHO, 2017).

As conferencias Internacionais do Cairo e de Pequim nos anos 90 constituíram marcos importantes na génese do conceito de saúde sexual e reprodutiva (SSR) e na integração dos direitos sexuais e reprodutivos de mulheres e homens como parte integrante dos direitos humanos. Estes estão há muito plasmados na carta dos direitos sexuais e reprodutivos (IPPF, 2000), na declaração dos direitos sexuais (WHO, 2016), e na legislação portuguesa (RESOLUÇÃO DA ASSEMBLEIA DA REPÚBLICA n.º 46/2010). Pressupõem a tomada de decisão responsável de mulheres e homens nos aspetos relacionados com a sua saúde sexual e reprodutiva. Contudo, ao evocarmos o conceito de SSR, tendemos a invisibilizar, frequentemente, muitos aspetos da saúde sexual, decorrentes de velhos, mas também de novos mitos que enformam as questões da sexualidade, com impacto na saúde (OLIVEIRA, 2022).

Tal, tem também acontecido na formação em enfermagem, designadamente no âmbito da “saúde materna”, área de especialização que trabalha privilegiadamente as questões

da saúde sexual e reprodutiva, verificando-se um grande desequilíbrio na abordagem de conteúdos na área da saúde sexual, em detrimento da saúde reprodutiva.

Incluir na formação dos/as enfermeiros/as o tema da sexualidade humana é uma forma de salvaguardar os direitos humanos dos seus clientes. Falar de género é também falar de relações de poder que enformam as interações sociais, de papeis e de estereótipos de género, os quais estão na génese de desigualdades, discriminação e violências várias.

É através da educação para a sexualidade, numa perspectiva mais ampla da educação para a saúde, que se promovem a capacitação e a autonomia das pessoas, para decidirem livre e responsavelmente em matéria de saúde sexual. Tal implica, um trabalho de empoderamento que contribua para desenvolver nos indivíduos o seu potencial de desfrutar de relações positivas consigo e com os outros, melhorando o seu bem-estar e a sua qualidade de vida, promovendo também uma cidadania ativa (OMS, 2017, 2016; IPPF, 2000, 2008; OLIVEIRA, 2022). Contudo, exige estratégias concertadas nas dimensões sociais e políticas, sendo o contributo da academia fundamental (NUNES, 2009; PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO, 2014).

Em Portugal a educação sexual nas escolas é obrigatória e a sexualidade, como tema de pesquisa, é foco de atenção crescente desde há vários anos. Contudo, persistem múltiplas barreiras e dificuldades na sua implementação, nomeadamente no que se refere à formação dos docentes e ao estatuto disciplinar conferido ao tema, continuando a ser necessário um maior investimento da academia nesta matéria, em todos os ciclos de estudos, designadamente nos cursos de licenciatura e sobretudo nos programas de pós-graduação (MOKWA, RIBEIRO, CHAGAS, 2014; MOURATO, 2014).

Na educação em enfermagem, apostar na abordagem da saúde sexual implica contribuir para boas práticas de cuidar. Desenvolver nos/as estudantes a noção de que são responsáveis por assegurar direitos humanos fundamentais, capacitando os seus clientes com conhecimentos, habilidades, atitudes e valores que lhes permitirão deter o controlo sobre o seu próprio corpo e os aspetos que dizem respeito à sua sexualidade (e também reprodução) e criando as condições para que estes possam desfrutar de experiências sexuais seguras e prazerosas (WHO, 2016, 2017).

Foi com base nestes pressupostos que construímos o programa que aqui apresentamos (Quadro nº 1), detalhado com maior pormenor no capítulo seguinte.

A abordagem das temáticas pretendeu incluir a complexidade de aspetos que influenciam a vida dos/as indivíduos no âmbito da saúde sexual, a um nível micro (tomada de decisão individual), mas também meso e macro (explorando estereótipos sociais, serviços e recursos disponíveis, políticas de saúde, enformados pela cultura e ambiente).

Durante demasiado tempo, o silenciamento sobre estas importantes questões, que a todos/as dizem respeito, perpetuou dificuldades e potenciou o sofrimento de raparigas e rapazes, mulheres e homens com diferentes backgrounds, restringiu o campo de escolha

individual, inviabilizou as emoções e desclassificou os afetos.

Aos enfermeiros/as não têm sido fornecidas ferramentas que permitam contribuir, de forma efetiva, para a saúde global de todas as pessoas, ao invisibilizar aspetos importantes da saúde sexual, perpetuando dificuldades e constrangimentos no cuidar do próprio corpo sexuado (FIGUEIROA, 2017; SEHNEM, RESSEL, PEDRO, BUDÓ, SILVA, 2013; GARCIA E LISBOA, 2012). Atualmente as orientações nacionais e internacionais nesta área têm vindo a salientar que a abordagem dos temas deve ir muito além da perspectiva biológica e frequentemente patologizante, incluindo a noção de direitos sexuais, a diversidade (cultural e de género) e promovendo igualmente a discussão sobre sexualidades não-normativas (FIGUEIROA *et al*, 2017; MOURATO, 2014; GARCIA, LISBOA, 2012). Foi este também o sentido dado a este programa formativo, desde o primeiro momento.

METODOLOGIA

Neste trabalho, deter-nos-emos na análise da trajetória deste programa de formação desenhado e implementado no contexto de uma instituição de ensino superior português. Este tem funcionado como uma matriz curricular fundamentada em saberes atualizados com base na recente evidência nesta área, cuja avaliação global efetuada no primeiro curso (de pós-licenciatura de especialização em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia) foi considerada de grande importância para o saber global e para a prática clínica dos/as estudantes, motivando a inclusão dos respetivos conteúdos em unidades curriculares de enfermagem não optativas destes cursos ministrados na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

A implementação deste programa tem sido continuada no tempo, apesar do mesmo ter vindo a sofrer as necessárias adaptações nos cursos subsequentes (também replicado em unidades curriculares de opção dos cursos de licenciatura entre 2009 e 2012 e num curso de pós-graduação de curta duração em sexualidade humana promovido pela ESEL em 2013). Estas alterações tiveram em consideração o ciclo de estudos considerado, o número de horas disponíveis para a sua lecionação, a avaliação efetuada e as necessidades dos/as estudantes.

O grande objetivo deste programa tem sido o de promover o desenvolvimento de competências dos/as estudantes na área da sexualidade e da saúde sexual, numa perspetiva de educação para a saúde e para a cidadania e num contexto multicultural.

Inicialmente previsto para uma carga horária de 30h de contato, o programa foi reduzido em alguns cursos a um total de horas que variou entre as 19 e as 10 horas, divididas nas tipologias de sessões teóricas, teórico-práticas e seminários (contando em dois cursos com algumas horas de orientação tutorial para a elaboração de projetos). É dividido em quatro a seis áreas temáticas, dependendo do total de horas disponibilizadas: sexualidade e saúde sexual, sexualidade e ciclo de vida, género, sexualidade e educação

e problemáticas associadas à sexualidade e ao género. Alguns cursos contemplaram ainda dois blocos temáticos relativo à abordagem da sexualidade e cultura e ao cuidar na área da sexualidade (quadro nº 1). Quando tal não foi possível, estes conteúdos foram integrados nos quatro grandes temas.

O desenho curricular tem enfoque no processo de aprendizagem como um todo e na progressão articulada dos conceitos, ancorada no grande conceito de sexualidade, nas suas várias dimensões e funções, partindo-se seguidamente para a exploração dos aspetos da saúde sexual, perspectivada à luz dos direitos sexuais e reprodutivos.

Na primeira sessão são diagnosticadas as necessidades de aprendizagem dos/as estudantes, através de um questionário, onde estas são aferidas e na última é solicitado que estes avaliem o desenvolvimento das competências desenvolvidas e que assinem um documento de consentimento informado para a partilha desses dados.

O modelo pedagógico utilizado privilegia metodologias ativas, centradas na pessoa do/a estudante e pretende ser suficientemente flexível para ir acolhendo os contributos destes/as, adequando o nível de aprofundamento dos temas (atendendo ao curso considerado) e respeitando o ritmo individual e também coletivo do grupo como um todo. Promove-se, a reflexão e o questionamento sistemáticos, bem como o reconhecimento e valorização da diversidade. Incentiva-se a partilha de ideias e o debate e acolhem-se as emoções. Mobilizam-se os conhecimentos e as experiências prévias dos/as estudantes, advindas da sua prática clínica, em diferentes contextos de saúde. Oferece-se a possibilidade de (re) interpretação de situações vividas em contextos clínicos e incentivam-se olhares renovados sobre o que aconteceu e o que poderia ter sido feito diferente à luz do que se aprendeu. Antecipam-se assim intervenções futuras mais competentes.

O processo de ensino/aprendizagem integra a componente de pesquisa em trabalho autónomo (individual e/ou em grupo).

Relativamente às estratégias pedagógicas mais utilizadas, salientamos o brainstorming, a roda de conversa, a análise de provérbios populares, de textos e de situações, a discussão de filmes com foco nas temáticas, o role play e a pesquisa orientada.

No final espera-se que os/as estudantes sejam capazes de desenhar projetos de intervenção no âmbito da saúde sexual, os quais se configuram como propostas para a sua prática clínica, ou desenvolvam em grupo um dos temas, propondo linhas para a intervenção do enfermeiro/a especialista, no âmbito das suas competências (ORDEM DOS ENFERMEIROS, 2018). Em alguns cursos, tem sido também solicitada uma reflexão final individual que expresse as aprendizagens realizadas, como resposta à pergunta “o que aprendi”? No primeiro e segundo caso, essa experiência é socializada no seminário integrador, contando com a discussão em grupo alargado.

Para a avaliação global deste programa formativo têm sido utilizados questionários na última sessão e solicitado o consentimento por escrito dos/as estudantes, para a divulgação desses dados.

Quadro nº 1: Matriz de programa de formação em saúde sexual

Conteúdos Programáticos
Sexualidade e saúde sexual Conceitos estruturantes Apontamentos históricos e representações sociais Dimensões e funções da sexualidade A sexualidade e as mudanças sociais Velhos e novos mitos associados à sexualidade Enquadramento legal da sexualidade e da saúde sexual
Sexualidade e ciclo de vida O apego e a sexualidade Aspetos da sexualidade ao longo da vida Sexualidade na Infância Sexualidade e adolescência Sexualidades na idade adulta Sexualidade e envelhecimento
Sexualidade e cultura O corpo e a sexualidade em várias culturas
Género, Sexualidade e Educação Conceitos de sexo e género Identidades (sexual e papéis de género) A construção das masculinidades e das feminilidades Estereótipos de género Cuidados de enfermagem inclusivos relativamente ao sexo e género **Educação para a Sexualidade** Conceitos e legislação em Portugal Tendências e novos desafios para um velho problema Modelos, estratégias, recursos e projetos de intervenção na área da sexualidade e da educação para a sexualidade Internet e redes Sociais
Cuidar da sexualidade Aspetos que influenciam a saúde sexual Controlo da fecundidade Sexualidade e IST
Algumas problemáticas associadas à vivência da sexualidade Dificuldades/problemas e disfunções sexuais Violência de género e sexual

Fonte: Adaptado do Programa da UC de Opção em Sexualidade do 1º CPLEESMO 2005/06

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Efetuando a análise deste programa de formação, que tem tido continuidade no tempo, tratou-se de um processo com história que acompanhou também alguns marcos do percurso de desenvolvimento da formação em enfermagem em Portugal, hoje autónoma e com o seu quadro de valores próprio. A Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL), instituição pública, não integrada, de ensino superior politécnico, resultou da fusão das quatro escolas públicas de Lisboa. Esta instituição tem como missão "ser um centro de criação, desenvolvimento, transmissão e difusão de cultura e ciência de enfermagem, que visa a excelência e a inovação" (D.R nº 68, 2009, 13851).

Nesta discussão centrar-nos-emos nos resultados obtidos nos cursos de pós-licenciatura e mestrado em enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia e organizaremos os mesmos em torno das seguintes questões:

Que aspetos positivos evidencia esta experiência? O que é possível aprender com ela? Que dificuldades foram encontradas e como as ultrapassámos?

A abordagem dos conteúdos deste programa formativo possibilitou discussões profícuas em torno dos principais conceitos. Foi introduzida e bem acolhida a perspectiva de género na análise de situações de cuidados e tem sido notório o interesse que os vários temas têm despertado nos/as estudantes, manifestado pela sua participação ativa nas várias sessões, o que tem facilitado a abordagem das temáticas.

O feed-back obtido ao longo das várias sessões e cursos tem sido bastante positivo. Na opinião dos/as estudantes a abordagem da saúde sexual dá importantes contributos para a sua formação global e também para a sua prática clínica, mas tem sido recorrente a referência de que seria útil mais tempo para a abordagem das temáticas.

As estratégias metodológicas utilizadas revelaram desenvolver a auto- reflexão, estimulando igualmente a comunicação interpares. Tal foi evidenciado nas reflexões dos/as estudantes.

Constata-se que a educação sexual nas escolas, até ao ensino secundário, apesar de obrigatória, continua a encontrar inúmeros obstáculos à sua concretização nos moldes desejados estando, frequentemente, dependente da vontade e motivação dos docentes, sendo distinta nos vários estabelecimentos de ensino e ainda pouco presente em alguns. Por outro lado, verifica-se também que a saúde sexual, continua a ser apenas marginalmente abordada nos cursos de licenciatura em enfermagem, nomeadamente na ESEL, com conceitos fragmentados em várias unidades curriculares. A abordagem destas temáticas tem estado sobretudo centrada nos aspetos reprodutivos, no planeamento familiar e na prevenção das infeções sexualmente transmissíveis, com um enfoque privilegiado nas mulheres. Esta parece ser também a realidade de outros cursos na área da saúde, como a medicina (GALANTE, 2014), facto que contribui para aquilo que alguns autores denominam de "assexualização do cuidar", traduzida na invisibilidade da saúde sexual no cuidar global

(FIGUEIROA *et al.*, 2017; RESENDE, SOBRAL, 2017; BRÁS *et al.*, 2016; SEHNEM, RESSEL, PEDRO, BUDÓ, SILVA, 2013; GARCIA, LISBOA, 2010).

Alguns estudantes selecionam, posteriormente, temas da área da saúde sexual para o desenvolvimento do seu trabalho final (estágio com relatório ou dissertação no âmbito dos cursos de pós-licenciatura e mestrado em Enfermagem de saúde Materna e Obstetrícia). Exemplos destes temas são: "A dimensão da Sexualidade Humana no cuidado especializado em Saúde Materna e Obstétrica na sala de Partos" (2013); "Os Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde Materna e Obstétrica e a Sexualidade Humana" (2012); "A Educação Sexual nas Escolas" (2010); "O Desejo sexual Feminino Durante a Gravidez: perspectivas das Mulheres" (2009); "Quando um mais um passam a três: o desejo sexual feminino no puerpério" (2009).

É incontornável falar no enriquecimento da visão da docente sobre os desafios quotidianos da prática clínica dos/as enfermeiros/as, as múltiplas dificuldades encontradas nos contextos de cuidados e as lacunas identificadas ainda ao nível da formação de base destes profissionais, na voz dos próprios intervenientes.

Com a pandemia por Covid 19, a saúde e a educação passaram a estar na ribalta de todos os debates e a formação dos/as enfermeiros/as é parte integrante do desafio que a academia tem pela frente. Estes são atores fundamentais no seio de várias organizações, sendo indispensável a continuidade da afirmação das suas competências. Neste sentido, é necessário ensinar a integrar na apreciação clínica dos/as clientes, aspetos da sua história sexual, atendendo a eventuais dificuldades que caso não sejam exploradas, podem desencadear verdadeiras problemas e grande sofrimento, afetando a qualidade de vida de pessoas, casais e famílias.

A relação terapêutica, a "normalização" dos comportamentos sexuais e um ambiente adequado (assegurando a privacidade e confidencialidade) podem contribuir para promover vivencias positivas da sexualidade, com benefícios para a saúde global (GALANTE, 2014).

O balanço efetuado tem sido extremamente positivo. Estamos certas de poder contribuir para a construção de uma consciência mais plural relativamente às questões da saúde sexual, que se pretende inclusiva relativamente à cultura, ao género e à orientação sexual. Criar na escola uma cultura que reconheça a diversidade e aborde a sexualidade no âmbito dos direitos humanos, faz parte da construção de uma cidadania ativa (RIBEIRO, BEDIN, 2014).

Também a criação de uma atmosfera pedagógica descontraída e intimista, parece facilitar a discussão e o debate de alguns temas mais sensíveis. A componente de autoconhecimento advindo da reflexão é também um aspeto a salientar no âmbito das competências profissionais e de cidadania almejadas.

Alguns materiais científicos elaborados no âmbito destas sessões têm sido divulgados em eventos científicos, servindo para ampliar o conhecimento da enfermagem na área da saúde sexual.

Contudo, os resultados apresentados neste trabalho são ainda parciais e centrados, sobretudo, no processo pedagógico, o que é considerada uma limitação.

Também ao longo dos últimos cursos, onde a carga horária foi significativamente reduzida, tem sido um desafio fazer cumprir os objetivos delineados no programa formativo inicial. Neste caso, o nível de aprofundamento dos temas teve de ser reduzido havendo, no entanto, um esforço no sentido de manter a abordagem dos principais conceitos, sem que tal afetasse a qualidade do ensino.

Alguns estudos salientam que é sobretudo ao nível da formação do segundo ciclo que os/as enfermeiros/as referem ter obtido contributos na área da saúde sexual que lhes permitam intervir na prática clínica e tal, tem também sido a nossa experiência (FIGUEIROA *et al*., 2017; RESENDE, SOBRAL, 2017; BRÁS *et al*., 2016; SEHNEM, RESSEL, PEDRO, BUDÓ, SILVA, 2013; GARCIA, LISBOA, 2010).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A trajetória da implementação da matriz curricular deste programa de formação foi continuada no tempo e aliou uma abordagem de temas centrais na área da saúde sexual à discussão de situações clínicas significativas, com foco nos principais temas do programa. Desconstruiu uma visão da sexualidade estritamente ligada a um modelo reprodutivo do sexo, num paradigma do coito heterossexual, enformado pelo duplo padrão sexual e por um modelo jovem e saudável da sexualidade. Cremos, pois, que a isso se deve o sucesso deste programa.

Este foi sendo utilizado em vários cursos no âmbito da enfermagem, ao longo de mais de uma década e meia e culminou neste relato. A reflexão sobre o percurso efetuado, deu o mote para o trabalho que aqui se apresenta, permitindo evidenciar as oportunidades de melhorar os cuidados prestados pelos/as enfermeiros/as no âmbito da saúde sexual. Estes, ao serem capacitados com ferramentas adequadas para a abordagem da sexualidade humana, numa perspectiva inclusiva, ficam mais bem preparados para contribuírem, através de cuidados holísticos, para assegurar os direitos sexuais de todas as pessoas.

Programas formativos com modelos pedagógicos que privilegiem a discussão e o debate de situações, dando tempo para a reflexão crítica, que incluam a pluralidade de experiências dos/das estudantes e que evitem orientar para rumos fixos ou fornecer soluções fáceis, parecem contribuir positivamente para a formação global dos enfermeiros/as e, consequentemente, para uma prestação de cuidados mais humanizada (FIGUEIROA *et al*., 2017; RESENDE, SOBRAL, 2017; BRÁS *et al*., 2016).

Este relato, limitado à nossa experiência nos cursos considerados, permitiu desbravar caminhos, explorar ideias, mas também criou inquietações sobre a premente necessidade de dar continuidade a este trabalho, encarando a saúde sexual como uma dimensão importante da vida de todas as pessoas.

O novo plano de estudos do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia (CMESMO) da ESEL, cuja entrada em vigor está prevista para o ano letivo de 2022/23, constitui-se como uma oportunidade de potenciar e visibilizar a saúde sexual ao incluir, pela primeira vez, uma unidade curricular específica com a designação expressa do termo: "Enfermagem em Saúde Sexual, Reprodutiva e Ginecológica" (ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA, 2022).

Espera-se que os/as enfermeiros/as continuem a contribuir para promover a melhoria dos indicadores de saúde global da população, abordando as questões da saúde sexual, a qual permanece um desafio na educação e nos cuidados de saúde.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

Como autora deste artigo, declaro não possuir conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, política, académica e pessoal para a publicação deste trabalho.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRAFICAS

BRÁS, M.; FIGUEIREDO, M.; FERREIRA, M.; COELHO, A. A escola, a adolescência e a formação dos enfermeiros dos cuidados de saúde primários portugueses sobre sexualidade. *In*: JORNADAS INTERNACIONAIS DE ENFERMAGEM COMUNITÁRIA, 2014, Porto. **Livro de conferências e comunicações** [...]. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto, 2014. p. 78-84.

CARVALHO, Alvaro *et al*. **Referencial de educação para a saúde**. Lisboa: Direção Geral da Educação, 2017. 100 p. ISBN 978-972-742-414-6. Disponível em: https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esaude/referencial_educacao_saude_vf_junho2017.pdf. Acesso em: 17 fev. 2022.

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA. **Plano de estudos do CMESMO 2022/23**. Lisboa: ESEL, 2022. Disponível em: https://www.esel.pt/node/7425. Acesso em: 8 fev. 2022.

FIGUEIROA, M.; MENEZES, M.; MONTEIRO, E.; ANDRADE, A.; FERREIRA, D.; OLIVEIRA, M. A formação relacionada com a sexualidade humana na perceção de estudantes de enfermagem. **Revista de Enfermagem Referência**, Coimbra, v. IV, n. 15, p. 21-30, 2017.

FEDERAÇÃO INTERNACIONAL DO PLANEAMENTO DA FAMILIA. **Carta Dos Direitos Sexuais e Reprodutivos**. 2. ed. Lisboa: Secção das ONG's do Conselho Consultivo da

CIG, 2000. 11 p. ISBN 972-597-187-6.

GALANTE, A. Saúde Sexual e Reprodutiva em Cuidados de Saúde Primários: competências do Médico de USF Santa Joana. Aveiro, ACES do Baixo Vouga. Congresso Internacional em Saúde Sexual. **Livro de Resumos** [...]. Lisboa: IEUL, 2014. p. 203

GARCIA, O. R.; LISBOA, L. C. Consulta de enfermagem em sexualidade: Um instrumento para assistência de enfermagem à saúde da mulher, em nível de atenção primária. **Texto e Contexto em Enfermagem**, Florianópolis, v. 21, n. 3, p. 708-716, set. 2012. DOI 10.1590/ S0104- 07072012000300028. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 20 jul. 2021.

MOKHIA, V.; RENNES, Paulo; RIBEIRO, Maria; CHAGAS, Isabel. Estado da arte sobre sexualidade e educação sexual de Portugal ao Brasil: estudo analítico descritivo das produções académicas. *In*: CONGRESSO INTERNACIONAL EM SAÚDE SEXUAL, III., 2014, Instituto de Educação da Universidade de Lisboa. **Livro de Resumos** [...]. Lisboa: IEUL, 2014.

MOURATO, Dulce. Responder a dúvidas sobre sexualidade: projetos simples para quem quer saber mais. *In*: CONGRESSO INTERNACIONAL EM EDUCAÇÃO SEXUAL, III., 2014, Instituto de Educação da Universidade de Lisboa. **Livro de Resumos** [...]. Lisboa: IEUL, 2014.

NUNES, João Arriscado. Saúde, direito à saúde e justiça sanitária. **Revista Crítica de Ciências Sociais**, Coimbra, n. 87, p. 143-169, 2009.

OLIVEIRA, M.A. A Saúde sexual na formação em enfermagem: Relato de experiência. *In*: CONGRESSO LUSO-BRASILEIRO DE ATENÇÃO INTEGRAL À SAÚDE (ON-LINE), I., 2021. **Anais** [...]. Triunfo, PE: Omnis Scientia, 2022. p. 464-467. Disponível em: https:// editoraomnisscientia.com.br/catalogos/ciencias-da-saude/anais-do-i-congresso-luso-brasileiro-de-atencao-integral-a-saude-on-line-resumos-expandidos/. Acesso em: 20 fev. 2022.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. **Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista e regulamentos das competências específicas das especialidades em enfermagem**. Lisboa, 2018. Disponível em: https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo-de-p%C3%A1ginas-antigas/regulamento-das-compet%C3%AAncias-comuns-do-enfermeiro-especialista-e-regulamentos-das-compet%C3%AAncias-espec%C3%ADficas-das-especialidades-em-enfermagem/. Acesso em: 9 fev. 2022.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Agenda 2030 para o desenvolvimento sustentável. *In*: **Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável**. [*S. l.*], 15 set. 2015. Disponívelem:https://globalcompact.pt/index.php/pt/agenda2030.Acessoem:22fev.2022

PORTUGAL. MINISTÉRIO DA CIÊNCIA, TECNOLOGIA E ENSINO SUPERIOR. Despacho normativo nº 16, de 20 de março de 2009. Estatutos da Escola Superior de Enfermagem

de Lisboa. **Diário da República**, Lisboa: DRE, II Série, n. 68, p. 13851- 13857, 7 abr. 2009. Disponível em: https://files.dre.pt/gratuitos/2s/2009/04/2S068A0000S00.pdf. Acesso em: 15 mar. 2022.

PORTUGAL. Resolução da Assembleia da República nº 46, de 21 de maio de 2010. Direito à informação e acesso aos direitos sexuais e reprodutivos. **Diário da República**: I serie, Lisboa, n. 99, p. 175-176, 21 maio 2010.

PROGRAMA DAS NAÇÕES UNIDAS PARA O DESENVOLVIMENTO. **Relatório do Desenvolvimento Humano 2014**: sustentar o progresso humano: reduzir as vulnerabilidades e reforçar a resiliência. Lisboa: PNUD, 2014.

PRAZERES, Vasco. Género, educação e saúde. *In*: PINTO, Teresa *et al*. **Guião de educação género e cidadania**: 3º ciclo do ensino básico. 2. ed. Lisboa: Comissão para a Cidadania e a Igualdade de Género, 2015.cap.3.1, p. 123-132. ISBN 978-972-597-403-2

PRAZERES, Vasco (Coord), Laranjeira, Ana, Marques, António, Soares, Célia. Saúde, **Sexo e Género**: Factos, representações e desafios. Lisboa: Direção Geral da Saúde, 2008. Disponível em www.dgs.pt acedido a 22 de fev. de 2022

RENNES, P; RIBEIRO, M.; BEDIN, R. **A educação sexual hoje**: reflexões e propostas a partir da experiência da Universidade Estadual Paulista "Júlio De Mesquita Filho", 2014

REZENDE, Anyelle Vasconcelos; SOBRAL, OSVALDO, José. As temáticas relativas à sexualidade humana na formação superior do profissional de enfermagem. **Revista Científica FacMais**, Goiás, v. 5, n. 1, p. 25-39, 1º semestre 2016.

SEHNEM, G. D. *et al*. A sexualidade no cuidado de enfermagem 2013: Retirando véus. **Ciência Cuidado e Saúde**, Maringá, v. 12, n. 1, p. 72-79, 2013. DOI 10.4025/cienccuidsaude. v12i1.16639. Disponível em: https://periodicos.uem.br/ojs/. Acesso em: 12 jul. 2021.

SEHNEM, G. D. *et al*. Sexualidade na formação acadêmica do enfermeiro. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 17, n. 1, p. 90-96, 2013. DOI 10.1590/S1414-81452013000100013. Disponível em: www.scielo.br. Acesso em: 18 ago. 2021.

SILVA, Carmem Tamires da *et al*. Importância da disciplina de saúde sexual na formação académica do enfermeiro. *In*: MOSTRA DE PESQUISA EM CIÊNCIA E TECNOLOGIA, 2017, Fortaleza. **Anais da Mostra de Pesquisa em Ciência e Tecnologia** [...]. Fortaleza: DeVry Brasil - Damásio - Ibmec, 2019. Disponível em: https//www.even3.com.br/anais/mpct2017/48113. Acesso em: 12 jul. 2021.

VILAÇA, T. (2014). Identidades profissionais de professores/as como educadores/as sexuais em Portugal. *In*: CONGRESSO INTERNACIONAL EM SAÚDE SEXUAL, III., 2014, Instituto de Educação da Universidade de Lisboa. **Livro de Resumos** [...]. Lisboa: IEUL, 2014.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Declaração dos direitos sexuais**. Geneva: WHO, 2016.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guia consolidada sobre saúde sexual e reprodutiva e direitos das mulheres vivendo com HIV/AIDS**. Geneva: WHO, 2017. 144 p. ISBN 978-92-4-854999-1.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Action Plan for Sexual and Reproductive Health**: towards achieving the 2030 Agenda for Sustainable Development in Europe – leaving no one behind. Copenhagen: WHO, 2016. 26 p. Disponível em: https://popdesenvolvimento.org/images/documentos/WHO_Action_plan_for_sexual_and_reproductive_health_2016_Doc.pdf. Acesso em: 6 set. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Global Standards for the initial education of professional nurses and midwives**. Geneva: WHO, 2009. Disponível em: https://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/hrh_global_standards_education.pdf. Acesso em: 6 set. 2022

WORLD HEALTH ORGANIZATION. World Health Organization (2006) **Definig Sexual Health**: Report of a technical consultation on Sexual Health. Geneva: WHO, 2006. Disponível em: https://www.who.int/hrh/nursing_midwifery/hrh_global_standards_education.pdf. Acesso em: 6 set. 2022

CAPÍTULO 8

MUTILAÇÃO GENITAL FEMININA - FATORES QUE CONTRIBUEM PARA A CONTINUIDADE

Fátima Moreira Rodrigues;

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

https://orcid.org/0000-0003-1686-7293

E-mail: mrodrigues@esel.pt

Cristina Maria Rosa Jeremias.

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

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

RESUMO: Uma das formas de violência baseada no género é a mutilação genital feminina, que consiste num atentado aos direitos e liberdades limitando a autodeterminação de meninas e mulheres, privando-as do direito à integridade física e psicológica e com consequências para a saúde das mutiladas. Sendo um problema de direitos humanos, de saúde pública e de igualdade da mulher, que afeta as populações onde a prática ancestral é originaria, mas também os países que acolhem imigrantes oriundas destes locais. Neste capítulo enquadramos a natureza, magnitude e extensão do fenómeno e apresentamos um estudo transversal, descritivo e qualitativo. O objetivo é caracterizar os fatores que contribuem para a continuidade da mutilação genital feminina. A amostra de conveniência é de seis mulheres com idades entre os 18 e os 26 anos, provenientes de famílias de origem africana, que frequentam uma comunidade islâmica na periferia de Lisboa. O método de tratamento do material empírico é a análise de conteúdo e o referencial teórico é o Neuman Sistems Model. Os achados evidenciam que vários fatores contribuem para a continuidade desta prática como: querer respeitar a tradição e as normas comunitárias; ser reconhecida como mulher; gerar sentimentos de pureza e de pertença ao grupo; pressão externa da família e da comunidade e influência religiosa.

PALAVRAS-CHAVE: Mutilação Genital Feminina. Práticas Culturais. Direitos Humanos.

FEMALE GENITAL MUTILATION - FACTORS THAT CONTRIBUTE TO CONTINUITY

ABSTRACT: One of the forms of gender-based violence is female genital mutilation, which is an attack on the rights and freedoms by limiting the self-determination of girls and women, depriving them of the right to physical and psychological integrity and with consequences for the health of the mutilated. Being a problem of human rights, public health, and equality of women, which affects the populations where the ancestral practice originates, but also the countries that welcome immigrants from these places. In this chapter we frame the nature, magnitude and extent of the phenomenon and present a cross-sectional, descriptive, and qualitative study. The objective is to characterize the factors that contribute to the continuity of female genital mutilation. The convenience sample is made up of six women aged between 18 and 26, from families of African origin, who attend an Islamic community on the outskirts of Lisbon. The method of treating the empirical material is content analysis and the theoretical framework is the Neuman Sistems Model. The findings show that several factors contribute to the continuity of this practice, such as: wanting to respect tradition and community norms; to be recognized as a woman; generate feelings of purity and belonging to the group; external pressure from family and community and religious influence.

KEY-WORDS: Female Genital Mutilation. Cultural Practices. Human Rights.

INTRODUÇÃO

Cada vez mais os profissionais de saúde cuidam de pessoas e de famílias de diferentes nacionalidades, culturas, grupo étnicos e religiosos, o que não sendo um fato novo, porque sempre houve fluxos migratórios, é um desafio para dar resposta às necessidades de clientes culturalmente diferentes. Esta realidade suscita nos profissionais de saúde o ensejo e a oportunidade de apenderem a lidar com pessoas com tradições *sui generis* e modos de viver os processos de saúde doença e os rituais de transição de forma peculiar, pelo que emerge a necessidade de desenvolver competências transculturais, de acordo com a Teoria Cultural do Cuidado, que orienta para o estudo do comportamento humano nos contextos ambientais (LEININGER e MCFARLAND, 2006).

Muitas práticas culturais são salutogénicas, porém merece especial atenção uma prática cultural com consequências nefastas para saúde das vítimas que são crianças e jovens do sexo feminino submetidas a mutilação genital.

Tendo por referência indicadores de prevalência e as estimativas de que pessoas do sexo feminino venham a ser mutiladas em territórios e nações onde esta prática não era habitual, o fenómeno torna-se preocupante. Em muitos países esta prática ancestral tem merecido o alerta de diferentes organizações locais, nacionais e a atenção da Organização Mundial de Saúde (OMS).

A problemática da mutilação genital feminina (MGF) pode ser analisada por diferentes anglos: histórico, sociocultural, antropológico e até religioso. Sem negar nem excluir nenhuma das possíveis abordagens, porque todas enriquecem a compreensão deste fenómeno, mas a perspetiva de análise é centrada num problema de saúde pública, pelo que é contextualizada tendo em consideração os indicadores e estimativas de incidência, de prevalência, a abrangência geodemografia e consequências para a saúde.

Para analisar o fenómeno elaborou-se um estudo descritivo transversal realizado em mulheres que viveram esta prática cultural. A pesquisa tem como objetivo caraterizar os fatores que contribuem para a continuidade da mutilação genital feminina de crianças e jovens provenientes de famílias imigrantes oriundas de países africanos, numa perspetiva sistémica, tendo por referencial a abordagem de NEUMAN e FAWCETT (2011).

ENQUADRAMENTO CONCETUAL

Sendo um fenómeno complexo e que pode envolver diversas abordagens foi contextualizado no sentido de responder a algumas questões de partida para análise e reflexão sobre a problemática.

O que é a mutilação genital feminina?

Sendo um fenómeno sociocultural difere de acordo com a tradição local?

Que tipos de mutilação existe?

Quem são as principais destinatárias?

Qual a dimensão geodemografia e epidemiológica do fenómeno?

Definindo o que é a mutilação genital feminina, de um modo geral, é o corte ou a remoção deliberada da genitália feminina externa. De acordo com a cultura surge com múltiplas designações: corte, circuncisão feminina, excisão, operação, cirurgia genital feminina, clitoridectomia, prática tradicional, pequeno fanado (MARTINHO, 2018). Independente da denominação sociocultural, a ASSOCIAÇÃO PARA O PLANEAMENTO DA FAMÍLIA (2009), considera importante manter a designação de mutilação, porque a vítima sofre uma ablação, sendo amputada de uma parte do corpo, pelo que inclui todas as práticas feitas deliberadamente por homens e mulheres, noutros seres humanos por razões não médicas, mas por motivos culturais ou convenções sociais e que têm consequências nefastas na saúde e nos direitos das vítimas.

Quanto às origens desta prática milenar, não há exatidão histórica, supondo-se que existia no antigo Egito, daí a designação de “circuncisão faraónica”. Havendo registo num papiro de 163 A.C., atualmente no Museu Britânico em Londres (PAIXÃO e SILVA, 2019). Na Roma antiga era tradição colocar anéis metálicos nos genitais das escravas para impedir a procriação e os registos sobre a escravatura africana referem o costume de suturar as mulheres tornando-as mais caras e preferidas por razões de castidade. No Reino Unido no

século XIX, há relatos de clitoridectomia para o tratamento de epilepsia e da masturbação.

A mutilação não é idêntica em todas as culturas. Estão descritos vários tipos de práticas. A ASSOCIAÇÃO PARA O PLANEAMENTO DA FAMÍLIA (2009) considera quatro tipologias, ilustradas na figura 1.

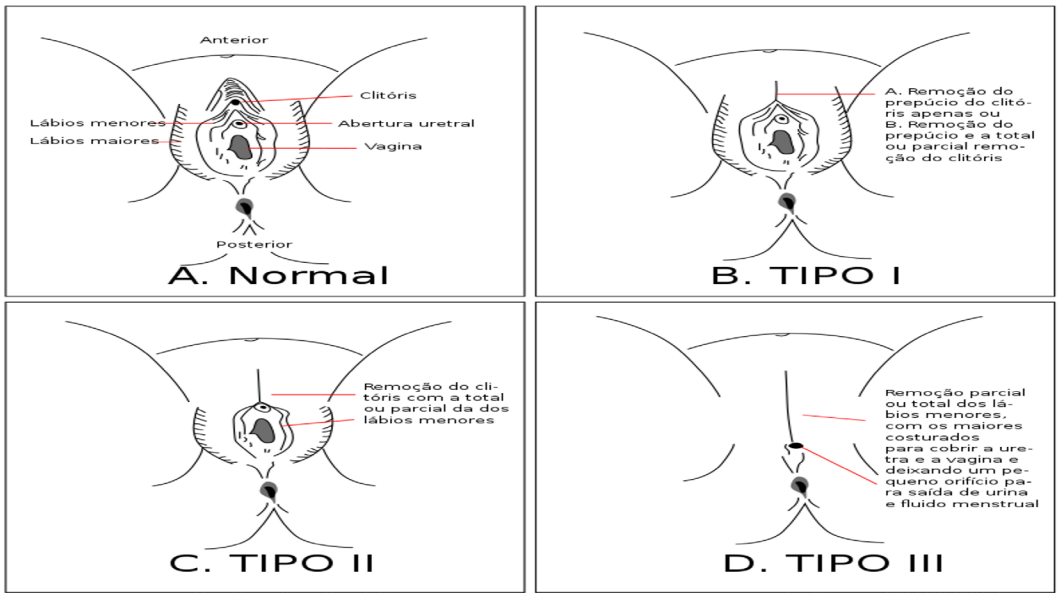
Tipo 1: Clitoridectomia, é a remoção parcial ou total do clitóris.

Tipo 2: Excisão, é a remoção parcial ou total do clitóris e dos pequenos lábios. Com ou sem a remoção dos grandes lábios.

Tipo 3: Infibulação, é o corte ou reposicionamento dos grandes e dos pequenos lábios em que a vulva desaparece, ficando o períneo liso. É feita uma sutura que deixa um orifício residual e para o manter aberto na cicatrização colocam um filete de madeira ou palha. Após o corte as pernas devem ficar amarradas durante duas a quatro semanas para cicatrizar. As vítimas por ocasião do casamento são “abertas” pelo marido ou por uma “matrona”, usando um objeto cortante. Quando tiver o primeiro filho, essa abertura é aumentada para permitir o parto, o que é difícil, porque o tecido cicatricial não distende.

Tipo 4: Relativa a diversos procedimentos. Inclui todos os outros tipos de procedimentos para fins não médicos, como perfuração, incisão, raspagem e cauterização do clitóris ou da área genital (BELIZ, 2021).

Figura 1: Tipos de mutilação genital feminina



Fonte: Organização Mundial de Saúde, 2006.

As diferentes tipologias não têm idêntica prevalência. Segundo MURRAY (2013), 90% das MGF são dos dois primeiros tipos (clitoridectomia e excisão). Os restantes 10% são mulheres que passam pela forma mais agressiva, a infibulação, variando as práticas

de país para país e no mesmo país de região para região, de acordo com os grupos étnicos ou tribos. Em países como Djibouti, Somália e Sudão, mais de 65% de todos os casos observados são de sutura da vulva, de modo a assegurar que as mulheres permanecerão virgens até ao casamento (MURRAY, 2013).

As vítimas estão inseridas em grupos étnicos onde este ritual é transmitido de geração em geração e pode ocorrer em diferentes fases do seu ciclo de vida. Em metade dos países em que é praticada, as meninas são mutiladas antes dos 5 anos de idade, nos restantes ocorre entre os 5 e os 14 anos, sendo geralmente feita por praticantes tradicionais (vizinhos, moradores, parteiras locais ou fanatecas) que veem no ato uma "obrigação moral com os seus antepassados" (VERMELHO, 2020).

Esta prática tão lesiva decorre sem apoio clínico, sem preparação nem autorização das mutiladas, sem anestesia, sem medicação e sem higiene, dado que o mesmo instrumento cortante pode ser utilizado em várias meninas na mesma cerimónia. Em alguns países africanos ocorre em ambiente natural, com as meninas deitadas ou sentadas no chão. São diversos os objetos usados, desde facas, pedaços de vidro, lâminas, tesouras, etc. Os instrumentos podem ser transmitidos de geração em geração, têm um carater sagrado e fazem parte do acervo cultural (SILVA, 2015).

Para compreender a dimensão do problema é necessário analisar a abrangência geodemografia do fenómeno. Não é fácil determinar com exatidão os números relativos à incidência nem à prevalência, pelo que os dados são baseados em estimativas feitas por peritos, porque muitas mulheres entrevistadas pelo United Nations International Children's Emergency Fund (UNICEF) e pela World Health Organization (WHO), não respondem, geralmente por dois motivos: consideram tabu discutir a mutilação, de acordo com a cultura da sua comunidade e não se pronunciam sobre um assunto íntimo com estranhos, por outro lado podem recear represálias, retaliações ou processos contra familiares ou membros da comunidade, particularmente em países onde a prática é ilegal (ONTIVEROS, 2019).

A MGF é uma prática ancestral, comum entre povos de África e Ásia, estando ancorada em raízes socioculturais, como um ritual de passagem da infância à vida adulta praticado em cerca de 28 países africanos e em grupos na Ásia e no Oriente Médio (BELIZ, 2021). Devido à imigração, e apesar de restrições legais, a prática é encontrada em países dos cinco continentes. Segundo o Centro para o Controle e Prevenção de Doenças (CDC), nos Estados Unidos em 2012, aproximadamente 513 mil mulheres haviam passado pela mutilação, apesar de em 27 dos 50 estados terem leis que a condenam. Na União Europeia a prevalência ronda as 500 mil mutiladas. A nível mundial estima-se que são 200 milhões. As previsões apontam para que anualmente estão em risco mais de 2 milhões de jovens, ou seja, cerca de 6.000 mulheres por dia, segundo dados das organizações nacionais e mundiais que lutam contra esta prática (MONTEIRO, 2021; DJALO, 2019; P&D FACTOR, 2015; UNICEF, 2016). Considerando os autores que se não intervier até 2030, serão mais 68 milhões de vítimas, só nos 25 países africanos onde há maior prevalência. Esta prática

é ofensiva e contribui para a mortalidade de crianças e jovens do sexo feminino. Segundo estimativas da Organização Mundial de Saúde (OMS), 10% das jovens morre durante a cerimónia da mutilação e 25% morre posteriormente devido a complicações associadas à MGF (SCHWIKOWSKI, STEFFES-HALMER, BARRY, 2019).

O fenómeno tem contornos tão abrangentes que a World Health Organization considerou o dia 6 de fevereiro como o Dia Internacional de Tolerância Zero à Mutilação Genital Feminina com o intuito de sensibilizar para a crueldade desta prática, que é avassaladora, pelo que a ONU no documento transversal "Transformar o Nosso Mundo da Agenda 2030 para o Desenvolvimento Sustentável", no objetivo número cinco de Desenvolvimento Sustentável relativo à "Igualdade de Género" refere a necessidade de empoderar as jovens e mulheres (P&D FACTOR, 2015).

Face à abrangência do problema muitos países têm proibido a MGF, sendo ilegal em, pelo menos 17, dos 28 países africanos em que ocorre, o que não invalida que continue de forma clandestina. Segundo o relatório publicado pelo UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND (2016), os números da prevalência, referem que no Egito foram mutiladas mais de 27 milhões de meninas; na Etiópia foram 23.8 milhões, na Nigéria 20 milhões. Na Guiné-Bissau, metade das mulheres em idade fértil foram submetidas a esta prática. No Sudão, cerca de 90% das mulheres são mutiladas, a prática tornou-se ilegal em maio de 2020. Porém, há países onde quase toda a população feminina é dizimada, como na Somália cuja prevalência ronda os 98% (SCHWIKOWSKI, STEFFES-HALMER, BARRY, 2019).

O relatório Child Protection From Violence, Exploitation And Abuse, das NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND (2011), infere que a invasão à integridade do corpo humano está em crescimento, o que se reflete na adesão dos países a legislações que condenam o ato. Apesar de ser punida em muitos países, o relatório da UNICEF de 2016, refere que a maioria das meninas e mulheres que passaram ou podem passar pela prática não querem que ela perpetue, variando as opiniões contra de 83 a 93% em diferentes países como Gana, Burkina Faso, Nigéria, Iraque e Quênia. Porém as mulheres são pressionadas a submeterem-se correndo o risco de serem excluídas e de não casarem, por serem consideradas sujas e impuras.

A América do Sul é uma das regiões onde o fenómeno tem menor expressão. No entanto há registo, desde 2007, de grupos indígenas na América Central e do Sul, em países como o Peru e Colômbia, onde surgiram evidências de casos de MGF tipo I (clitoridectomia) em recém-nascidas entre o povo Embera na Colômbia (UNITED NATIONS POPULATION FUND, 2011). Não há dados relevantes de incidência ou prevalência de MGF nas 27 unidades federativas do Brasil.

Em Portugal não havia a tradição da MGF, mas por fluxos demográficos que advém de movimentos migratórios ou de refugiados, a situação alterou-se nas últimas décadas (BELIZ, 2021). Estima-se que a prevalência em Portugal, em 2015, era de 6.576 mulheres

com mais de 15 anos que tinham sido sujeitas a esta prática, o que correspondia a uma prevalência de 49% do número de mulheres residentes no território português, nascidas ou oriundas de países praticantes, isto é, países africanos (LISBOA, 2015). Tendo em conta que os tipos I e II são os mais prevalentes na Guiné-Bissau e que, em Portugal esta comunidade tem grande expressão, no conjunto dos países praticantes, é expectável que sejam estes os tipos com maior prevalência, representando cerca de 82% das mulheres vítimas de mutilação em Portugal (LISBOA, 2015).

Não havendo registos do fenómeno, estes começaram a ser monitorizados a partir de 2014 pelo gabinete da Secretária de Estado para a Cidadania e a Igualdade. A Direção-Geral da Saúde entre 2014 e 2017, registou a notificação eletrónica de 237 casos, na região de Lisboa e Vale do Tejo, sendo a maioria oriundos da Guiné-Bissau, Guiné-Conacri e Senegal, contudo consideram a possibilidade de haver mais casos não notificados (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2018). A notificação continua ativa, em 2018 foram registados 64 casos, em 2019 foram 129 casos e em 2020 somou 101 casos (MONTEIRO, 2021).

Face a este panorama realizou-se um estudo em mulheres vítimas de MGF residentes em Portugal, para observar as dimensões que envolvem a continuidade da prática.

METODOLOGIA

Elaborou-se um estudo descritivo de natureza qualitativo. A população alvo são mulheres com idades compreendidas entre os 18 e os 26 anos de origem africana, que frequentam uma comunidade islâmica na periferia de Lisboa.

Formulou-se a questão: Que fatores contribuem para a continuidade da MGF das jovens, de famílias provenientes de grupos étnicos africanos?

A recolha de material empírico resulta de uma amostra de conveniência de seis participantes. Foram realizadas entrevistas em profundidade, gravadas em Mp3 e posteriormente sujeitas a análise do discurso (BARDIN, 2016).

As categorias foram organizadas de forma apriorística, porque considerou-se as cinco variáveis do modelo de sistemas de Neuman que são abrangentes e comportam subcategorias que emergiram das falas das participantes, o que se tornou vantajoso por permitir um balizamento na organização das unidades de análise pelas cinco categorias e a partir daí diversificá-las em subcategorias, como está sintetizado no quadro 2.

Nos procedimentos éticos foram considerados os princípios da declaração de Helsínquia. Foi obtido o consentimento informado das participantes, que autorizaram conceder a entrevista e que esta fosse gravada. Foi assumido manter o anonimato sendo nomeadas por participante P1; P2; Pn, etc. As entrevistas decorreram antes de 2020, num local frequentado pela comunidade guineense, pelo que obtivemos o consentimento e a colaboração do Centro Islâmico e Cultural Colina do Cruzeiro, que muito agradecemos.

RESULTADOS

A amostra de conveniência é constituída por 6 participantes e o core tem como características comuns: serem mulheres com mais de 18 anos, terem sido sujeitas a MGF em criança, provenientes de famílias africanas de origem guineense, professarem a religião islâmica e terem o nível de ensino obrigatório em Portugal, isto é, pelo menos 12 anos de escolaridade. Os elementos diferenciadores da amostra, como a idade, estado civil, número de filhos, idade em que foi mutilada e o local, estão sintetizados no quadro 1.

Quadro 1: Core das participantes

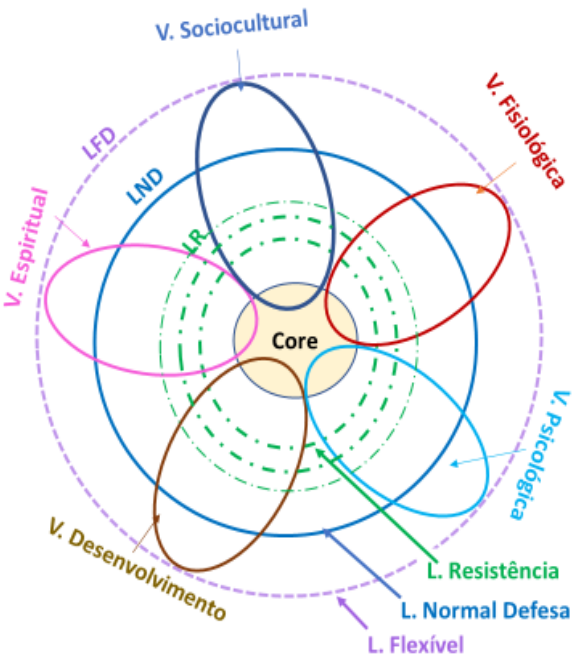
Partici-pantes	Idade	Estado civil	Situação laboral	Filhos	Origem familiar e étnica	Onde fez a MGF	Idade em que ocorreu a MGF
1	18	solteira	estudante	0	Mandinga	Guiné	5 anos
2	20	casada	doméstica	1	Mandinga	Senegal	9 anos
3	21	solteira	empregada	0	Fula	Guiné	Menos de 10
4	21	casada	doméstica	0	Saranculé	Guiné	12 anos
5	24	casada	empregada	2	Fula	Guiné	Não recorda
6	26	casada	doméstica	2	Mandinga	Portugal	11 anos

Fonte: dados do estudo

A forma como se elabora a sexualidade tem por base uma complexidade de domínios que nos torna pessoas únicas. Um dos domínios integra a perspectiva e a vivência do corpo, que inclui o corpo físico, psicológico, social, cultural e espiritual. A junção destes corpos orienta o modo de pensar, sentir e se expressar. Organizamos o material empírico em torno das variáveis do modelo sistémico, expresso na figura 2, que inclui as variáveis: fisiológica, psicológica, desenvolvimento, sociocultural e espiritual que se organizam em torno do core e das linhas de resistência, de defesa e flexível (NEUMAN e FAWCETT, 2011).

Figura 2: Caraterísticas da amostra de acordo com o referencial sistémico de NEUMAN e FAWCETT (2011).

Níveis	Variáveis do sistema
Core (6 mulheres)	V. Fisiológica Idade [18 - 26 anos]. V. Psicológica 3 sentiram medo de morrer durante a prática. V. Sociocultural escolaridade, tem pelo menos 12 anos de escolaridade. Proveniência de familias africanas e das tribos Mandinga, Fulas e Saranculé. V. Desenvolvimento A MGF ocorreu antes da puberdade Estado civil: 4 casadas e 2 solteiras. 3 são mães. 2 coabitam com a família de origem. V. Espiritual Todas professam a religião islâmica.
Linha Resistência	V. Sociocultural situação laboral, 2 estão empregadas.
Linha Normal	V. Fisiológica 5 fizeram a MGF em Africa. V. Psicológica 5 consideram a MGF lhes confere sentimentos de pertença. V. Sociocultural Todas salientam a influência da família e da comunidade. V. Desenvolvimento Todas consideraram que a MGF as marca como mulheres.
Linha Flexível	V. Fisiológica 1 não quer dar continuidade ao ritual com as filhas. 2 perspetivam a mudança de ritual para algo não lesivo.



Fonte: Dados relativos a este estudo.

Das entrevistas emergiu material empírico que foi submetido a análise de conteúdo (BARDIN, 2016) e agrupado em torno das cinco variáveis definidas pelo modelo sistémico de referência e sintetizado no quadro 2.

Quadro 2: Variáveis que influenciam a prática da MGF

Variáveis do sistema	Categoria	Subcategoria
Fisiológica	Respeitar a tradição e as normas comunitárias	Marcar o corpo pelo ritual
		Dar continuidade ao ritual
		Alterar o ritual
Psicológica	Sentimentos decorrentes do ritual	Sentimento de pertença
		Sentimento de pureza
Sociocultural	Pressão externa	Influência da família
		Influência da comunidade
Desenvolvimento	Reconhecimento como mulher	
Espiritual	Influência da religião	

Variável fisiológica

Na perspectiva da variável fisiológica, ou seja, no modo de funcionamento das práticas ligadas à MGF, as falas das participantes revelam o respeito e consideração pelas normas comunitárias emergindo três aspetos relacionados com a necessidade de marcar o corpo como identitário aos pares, dar continuidade ao ritual, no entanto compreendem a possibilidade de o alterar.

a) Marcar o corpo pelo ritual

O ato tem um significado simbólico de integração e de defesa de uma tradição.

> *«Faz parte de nós ser diferentes e assinalar essa diferença nas nossas partes mais íntimas»* (P3).

Outra perspectiva refere-se aos modelos de estética ligados ao corpo que mudam em função da cultura e estão relacionados com a realização e tipologias da excisão e com os padrões de normalidade (GRUENBAUM, 2001). A autora refere que se a pessoa cresce num contexto onde se considere uma prática generalizada como um padrão normal é previsível que os padrões estéticos sigam essa noção de normalidade em que o estado modificado do corpo seja considerado mais bonito que o original (tal como no corpo tatuado).

> *«(…) é porque no nosso povo a mulher cortada é muito mais bela do que a não cortada»* (P1).

b) Dar continuidade ao ritual

Expressam vontade de manter uma tradição ancestral e perpetuar nas gerações seguintes como forma de manter a identidade dos seus referenciais.

Ao salientar a necessidade de manter os rituais da ancestralidade algumas jovens referem:

> «*As mulheres da minha família todas foram cortadas, é isso que nos faz sentido, não tem porque ser diferente*» (P2).

> *«Eu sei que se luta contra isto [o fanado], até compreendo porque não percebem que isto é muito importante para a gente. Tem sido sempre assim, faz parte dos nossos há muito tempo, há séculos (…)»* (P6).

Consideram que compete a esta geração dar comunidade ao ritual que deve ser mantido.

> «*Isto [o fanado] faz parte da nossa tradição, já foi assim com as nossas mães tias e avós, e a tradição tem de dar continuidade a algo que é nosso»* (P4).

> «*As minhas irmãs já tinham sido e eu só me considerei igual a elas quando chegou a minha cerimónia»* (P2).

c) Alterar o ritual

Questionadas sobre a eventualidade de alterar o ritual, duas jovens referiram a possibilidade de o alterar, tornando mais simbólico e menos físico, isto é, suprimir o corte, mas mantendo a tradição.

> *«É importante para nós, passar por esta experiência, mas é traumática, podia ser substituída por outra coisa, só simbólica, que não nos ferisse o corpo»* (P5).

> *«Esta cerimónia é muito importante, mas acho que o corte devia de ser outra coisa. Tipo uma coisa que não nos ferisse e desse dor. Olhe, assim… fazer o mesmo como nos flimes… a fingir, simbólico, percebe?»* (P1).

Como referem LEININGER e MCFARLAND (2006), numa perspectiva multicultural dos cuidados de saúde, no processo de decisão pode-se considerar três propostas, tendo em atenção o modo de vida e as crenças compartilhadas que podem ser a preservação, a acomodação e a repadronização do cuidado. Algumas participantes apontam para a possibilidade de o repadronizar considerando um ritual lesivo, com consequências nefastas para a saúde, podendo torná-lo em algo que não seja nocivo.

> *«(…) sei de meninas que passaram muito mal, até tiveram febre e ficaram doentes, não faz sentido sacrificar o corpo, podíamos manter a tradição, mas sem ser perigoso*» (P3).

> *«Hoje penso de outra maneira, para nós os partos são mais complicados e sofremos muito para ter os filhos, (…) acho que não quero isto para as minhas filhas»* (P6).

O corpo tem constituído um desafio no sentido de nos ajustar ao momento e à realidade histórica que atravessamos, realidade que invoca uma "política da vida", na qual o corpo centra em si as discussões em torno, tanto de novas identidades, como na proteção da continuidade de identidades históricas e da promoção de fenómenos de hibridação de culturas (GIDDENS, 2003).

Variável Psicológica

Nas falas das participantes emergem os sentimentos que o fenómeno causa. Há uma dualidade, se por um lado sentem ansiedade e medo, esse desconforto é superado por sentimentos de pertença e de puridade. O ritual traduz-se na primeira etapa da construção identitária que marca a aceitação da jovem que se transforma em mulher e membro da comunidade em estado de pureza.

> *«(…) uma rapariga da nossa comunidade quando casa tem que estar virgem e cortada para ser considerada pura e limpa»* (P3).
>
> *«Se não passar pelo fanado e não for cortada, é considerada suja e não pode cozinhar para o marido, e assim não será uma boa mulher»* (P2).
>
> *«Para o nosso povo uma mulher cortada é pura e a ideal»* (P2).

Variável sociocultural

A prática do corte genital feminino foi transportada, enquanto pertença cultural, para os países de acolhimento, onde os imigrantes aspiram continuar a transmitir e a preservar as mensagens e o conhecimento ancestral. Por vezes a família junta dinheiro para mandar vir de África uma profissional (fanateca). Quando não é possível fazer o ritual nos países de acolhimento, enviam as filhas à pátria para que outros familiares assegurem que sejam circuncidadas (SCHWIKOWSKI; STEFFES-HALMER; BOB BARRY, 2019).

a) Influência da família

O corpo das meninas vai convergindo para corpo sujeito de cultura, em que a mutilação é percebida como elemento integrante de uma identidade sociocultural, que contribui para a jovem ser socialmente aceite.

> *«A minha família queria que eu seguisse a tradição, por isso antes de vir para Portugal eu e as minhas irmãs fomos todas cortadas»* (P1).
>
> *«Só assim [cortada] uma mulher será aceite pela sua família, pela do marido e pelos outros como sendo uma boa mulher»* (P2).

Nem sempre há acordo entre as famílias com o controlo exercício sobre o corpo da jovem. Uma participante referiu os conflitos entre os progenitores. O pai, que não era guineense, não queria manter o ritual, mas a decisão da família materna prevaleceu.

«O meu pai não queria, mas fui com a minha mãe visitar as tias a Bafatá e tudo aconteceu» (P2).

«São assuntos de mulheres, o meu pai nem soube, mas ficou aborrecido quando soube» (P2).

b) Influência da comunidade

Nas comunidades onde a pertença ao grupo faz parte da identidade pessoal, para uma jovem que não tenha sido submetida à excisão dos genitais, a ausência dessa marca poderá traduzir-se em exclusão social ou sinal de não ter boa formação.

«(…) depois de tudo passar até tenho orgulho de ser cortada» (P2).

«As meninas que estão cortadas podem escolher melhores maridos, pois tem outro valor e são mais bem aceites para esposas» (P5).

«(…) é que se não formos cortadas os homens da minha comunidade não nos querem e as famílias deles também, e se casarmos com outros olham-nos de lado e somos consideradas como as de fora» (P4).

Em algumas comunidades as mutiladas têm melhor dote (DJALO, 2019).

Variável desenvolvimento

As participantes salientam o significado do ritual numa perspectiva de transição de criança a mulher. MARCUSÁN e JURAUTA (2004) referem que o corte assume o significado de um rito de iniciação, que são parte integrante da construção social do indivíduo, cujos códigos de pertença são veiculados através dos ensinamentos recebidos em diversos momentos significativos do ciclo vital (nascimento, integração social, puberdade, casamento, maternidade e morte). Em alguns grupos o corte dos genitais pode ser praticado em crianças no final da infância, tradicionalmente é praticado na puberdade, mas também pode ocorrer em mulheres casadas após o primeiro parto. Nesta amostra passaram pelo ritual antes da menarca. Uma das tradições de várias etnias do continente africano, o ritual de passagem, característico na puberdade, denominado por fanado. Tem várias etapas em que a última culmina com o corte dos genitais.

«Foi importante sentir que já era mulher e podia ser aceite pela família do meu namorado» (P4).

*«Sem passar pelo ritual não sou considerada ainda mulher» (*P3).

Variável espiritual

Estando presente em muitas comunidades muçulmanas, é importante dizer que esta prática não está escrita no Alcorão, nem incluída em nenhuma forma de ensinamento religioso (CAMPOS, 2010; WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006). Embora o corte dos genitais femininos seja uma prática condenada pelo Islão, os povos islamizados praticam-no e, também a associam à *Sunnah*, como forma de dar crédito à continuidade desta prática, crendo estar associada ao cumprimento de obrigações religiosas.

> «O corte é o que acontece no final do fanado e… sei que faz parte de mim como mulher e é *sunnah* na minha religião… (…)» (P4)

> «Ser cortada é uma honra e faz-me sentir melhor muçulmana. O meu tio diz que o corte não tem nada a haver com o Islão e a *Sunnah,* como muitos querem que se pense assim, eu acho que é assim" (P2).

Entre algumas comunidades muçulmanas persiste a crença de que a MGF é uma prática religiosa de forma a apoiar a sua continuidade. Porém, a ideia de que o profeta Muhammad a apoiou ficou erradamente associada ao Islão devido a uma narração onde consta que, um dia o Profeta viu uma senhora a mutilar uma criança e não se manifestou. Sendo está a única referência à MGF na *Sunnah*. Esta narração foi difundida durante gerações de forma a constituir uma justificação para lhe dar continuidade (Carlos, 2015).

DISCUSSÃO

A análise das falas das entrevistadas permite esculpir o entendimento sobre as motivações para a realização do corte e a intenção de perpetuar esta tradição.

Os resultados deste estudo estão em consonância com a pesquisa de LISBOA (2015), que refere como principais motivações a estética, a higiene íntima, a castidade, as questões de género, a sexualidade, a oportunidade matrimonial, a coesão familiar e manter a tradição. Alguns relatos salientam as pressões familiares para perpetuar a MGF, contudo há mulheres que a consideram nefasta o que também é referido nos estudos de LISBOA (2015), em que o ritual, apesar de envolto numa trama de costumes e tradições coletivas, permite e promove a iniciação e inserção das meninas na lógica simbólica comunitária do género feminino.

O estudo de RAHMAN e TOUBIA (2000) descreve três motivações principais como o costume, a sexualidade e pressão social. Sendo o costume baseado na prática de um ritual de passagem da infância à vida adulta, o que o torna parte dos valores tradicionais da sociedade. Quanto à sexualidade da mulher em muitas comunidades, a MGF é sinal de honra para a família as meninas permanecerem virgens até ao casamento. Pelo que o ritual é uma forma de controlar a vida sexual das mulheres e confere ao marido a garantia de se

manterem virgens (como no Egito, Sudão e Somália). Por outro lado, tem também a função de inibir o prazer sexual feminino após o casamento (em países como Quênia e Uganda). A pressão social é exercida na maior parte pelas mulheres das comunidades, e entendida como uma obrigação social para que as meninas possam ser reconhecidas como mulheres adultas e integrantes do grupo.

No que se relaciona com a limpeza, a ASSOCIAÇÃO PARA O PLANEAMENTO DA FAMÍLIA (2009) acrescenta o fator da higiene e estética, dado que a parte externa da genitália da mulher é vista como suja e desagradável, o que também é referido pelas participantes deste estudo ao salientarem que não podem cozinhar para os maridos se forem impuras.

Algumas entrevistadas consideram que a prática não traz benefícios e não pretendem submeter as filhas ao procedimento, como salienta a WORLD HEALTH ORGANIZATION (2006), a MGF não apresenta nenhum benefício, ao invés apresenta graves consequências, das quais salientamos o trauma para as vítimas, dado que a prática não inclui anestesia, nem assepsia, com sequelas a nível físico e psicológico podendo, em alguns casos, dar origem à síndroma de stress pós-traumático (CAMPOS, 2010).

No imediato é comum o desconforto, causado por dor, lesões e úlceras na região mutilada, possível hemorragia e infeção, que pode levar à morte (MURRAY, 2013).

As complicações a médio ou longo prazo, manifestam-se por dificuldade de drenagem das secreções e sangue, infeções urinárias recorrentes, infeção pélvica crónica, fibrose cicatricial e fístulas, alterações sexuais com dificuldades de penetração, dispareunia e anorgasmia. A nível obstétrico está documentado a tendência acrescida para complicações na gravidez e no período expulsivo com aumento do número de cesarianas, sofrimento e morte fetal (CAMPOS, 2010).

A prática da mutilação tem associada para além de sintomas físicos e psicológicos, maiores taxas de mortalidade, de acordo com a ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (2008), há um risco aumentando em 50% de morte materna e infantil, com maior incidência de hemorragia pós-parto nestas mães, sendo a taxa de mortalidade dos filhos durante a gestação e no puerpério cerca de 15% maior para mães de mutilação tipo I, (clitoridermia), de 32% para mães de tipo II (excisão) e de 55% para mães que passaram pelo tipo III (infibulação) (MARTINHO, 2018; ASSOCIAÇÃO PARA O PLANEAMENTO DA FAMÍLIA, 2009).

Como referem LEININGER e MCFARLAND (2006), nas atividades de cuidar, há que considerar o comportamento humano e as suas variações que são determinados pelo processo cultural. Este estudo problematiza o relativismo cultural, conceito inerente às discussões dos direitos humanos, como forma de abordagem da realidade sensível às diferenças, mas como salientam PALHARES e SQUINCA (2013), não se pode confundir relativismo cultural com tolerância radical. A possibilidade de medicalizar os procedimentos culturalmente criados sobre o corpo feminino para reduzir as complicações decorrentes da

MGF não a isenta de valores e debates de ordem moral, porque os procedimentos médicos e de saúde têm finalidades preventivas, curativas ou reabilitadoras e seguem um código de ética no qual o bem-estar, a dignidade, a integridade e a autonomia da pessoa são valores fundamentais. Como se conclui neste estudo e a literatura evidencia, a MGF é uma prática lesiva devido às consequências a nível físico, psicológico e do desenvolvimento. Numa perspectiva de compreensão e conhecimento, os profissionais de saúde podem intervir junto destas populações não com o intuito de medicalização, clinicalização ou substituição das fanáticas por atos cirúrgicos em condições de assepsia, mas com a finalidade de promover a saúde e reduzir a incidência. Como epidemiologistas e investigadores precisam de identificar, caracterizar e monitorizar o fenómeno, realizando estudos que deem sustentabilidade, apontem soluções esclarecidas e responsáveis para influenciar medidas legislativas, as mais despolitizadas possível no sentido de preservar um equilíbrio entre o relativismo cultural e a perspectiva etnocêntrica ocidental.

CONCLUSÕES

Cuidar de pessoas pertencentes a diferentes "tecidos socio culturais", exige a compreensão de fenómenos relacionados com as suas vivências, tradições e rituais, no caso da temática em debate referimos a expressão da sexualidade de mulheres inseridas em famílias imigrantes, pertencentes a grupos étnicos africanos, neste caso a guineenses islamizados em que a MGF influência a forma de estar e de conviver com o corpo e com o social.

Esta pesquisa teve algumas limitações. A recolha de informação foi um processo moroso e por vezes pautado por ausências, após confirmação algumas convidadas optaram por faltar à entrevista. Foram selecionadas adultas de modo que pudessem dar o consentimento informado, sem depender da autorização dos pais, pelo que o estudo não inclui a opinião de menores de idade. A diversidade da amostra, que no início se pretendia mais abrangente, ficou restrita a seis participantes. Sugere-se que estudos em outras comunidades possam ser elaborados, com amostras mais robustas e diversificadas para melhor compreensão da continuidade de um fenómeno ancestral e nefasto.

A interpretação dos fenómenos culturais à luz das suas motivações, hábitos e valores, devem ser contextualizados e explicados dentro do contexto do sistema em que aparecem, de forma a compreendê-los, o que pode contribuir para dar resposta às necessidades de pessoas, grupos e comunidades de uma forma culturalmente competente.

Face à magnitude do fenómeno é necessário envolver vários atores para agirem de forma local e global, unindo perspectivas de justiça, saúde, educação, políticas e socioeconómicas, com a constância necessária e a influência de lideranças locais, a MGF poderá ser entendida como uma violência à vida digna das mulheres, porque os "direitos das mulheres são direitos humanos", como salienta a declaração de Beijing e perpetuar esta prática é manter um ciclo de subordinação e subdesenvolvimento feminino, vinculado

aos valores tradicionais, pelo que é necessário desenvolver projetos multissetoriais, permanentes e que contenham a presença de líderes das comunidades para combatê-la (VERMELHO, 2020).

Cada país deve adotar as medidas que considere adequadas para combater o problema. Para concluir pretendemos resumir a experiência portuguesa de lidar com o fenómeno, começando por contextualizá-lo jurídica e politicamente. De acordo com o artigo 144 do Código Penal Português, a prática da MGF é um crime de ofensa contra a integridade física grave. Este problema passou a estar inscrito no III Plano Nacional para a Igualdade de Género desde 2007. Com a colaboração da Direção-Geral da Saúde, estão inseridas medidas tendentes a ações de sensibilização e de prevenção nas comunidades, sendo os profissionais de saúde um sector importante para a sua irradicação ou repadronização.

Desde 2009 que o I Programa de Ação para a Eliminação da MGF está estruturado em quatro medidas: Medida 1 - Sensibilizar, Prevenir, Apoiar e Integrar; Medida 2 - Formar; Medida - 3 Conhecer e Investigar e Medida 4 - Advogar. Estas quatro medidas comprometem organismos da saúde, educação, cooperação e negócios estrangeiros, formação e investigação. Em Portugal o combate à MGF tem passado por uma aposta em várias frentes, desde a capacitação de profissionais, a produção de materiais pedagógicos, a criação de uma aplicação informática dirigida às jovens, a consciencialização nas comunidades afetadas e a criação de um grupo de trabalho de mulheres mediadoras culturais em saúde (MONTEIRO, 2021).

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

As autoras declaram que não têm conflitos de interesses de ordem financeira, comercial, político, acadêmico nem pessoal.

REFERÊNCIAS BIBLIOGÁFICAS

ASSOCIAÇÃO PARA O PLANEAMENTO DA FAMÍLIA. Eliminação da mutilação genital feminina. Declaração conjunta. Lisboa: **Instituto de apoio ao desenvolvimento.** 2009. 45 p. ISBN 978-972-8291-25-9. Tradução da World Health Organization. Eliminating female genital mutilation: an interagency statement - OHCHR, UNAIDS, UNDP, UNECA, UNESCO, UNFPA, UNHCR, UNICEF, UNIFEM, WHO. World Health Organization, 2008. Disponível em: https://www.who.int/eportuguese/publications/mutilacao.pdf

BARDIN, Laurence. **Análise de Conteúdo.** São Paulo: Edições 70, 2016. 142 p. ISBN 978-85-62938-04-7.

BELIZ, Vânia. Mutilação genital feminina: uma violenta realidade que teima em não acabar. **Jornal Raio X.** Jornal de saúde online de 8 de fevereiro de 2021. Disponível em: https://raiox.pt/mutilacao-genital-feminina-uma-violenta-realidade-que-teima-em-nao-acabar/

CAMPOS, Ana Correia. Mutilação genital feminina - a importância de reconhecer e de saber como agir. **Acta Obstétrica Ginecológica Portuguesa.** Lisboa, 2010, n. 4, p. 152-156. Disponível em: http://hdl.handle.net/10400.17/1334

CARLOS, João. Mutilação genital feminina não é preceito do Islão. **Notícias. Guiné-Bissau,** *p. 1-3,* 2015. Disponível em https://www.dw.com/pt-002/mutilação-genital-feminina-não-é-preceito-do-islão/a-18276459

DJALO, Abibatu. Compreensão da prática da cultural africana entre a tradição e os limites: mutilação genital feminina na Guiné-Bissau praticada na Setor Autónomo de Bissau anos de 2001 a 2003. **Revista Africa e Africanidades.** Brasil, ano XII, nº 30, p.1-12, 2019. ISSN 1983-2354. Disponível em: http://africaeafricanidades.com.br/documentos/0070052019.pdf

GIDDENS, António. **Transformações da Intimidade**: Sexualidade, Amor e Erotismo nas Sociedades Modernas. 2ª edição. São Paulo: Editora UNESP, 2003. 228 p. ISBN 978-8571390379.

GRUENBAUM, E. **The Female Circumcision Controversy:** an Anthropological Perspective, Philadelphia: PENN, 2001. 256 p. ISBN 9780812217469.

LEININGER, Madeleine; MCFARLAND, Marilyn. **Culture care diversity and universality**: a worldwide nursing theory. 2ª edição. New York: Jones and Bartlett Publishers, 2006. 413 p. ISBN 978-0-7637-3437-4.

LISBOA, Manuel. Mutilação Genital Feminina: prevalências, dinâmicas socioculturais e recomendações para a sua eliminação. **Relatório Final**. Lisboa: FCSH Universidade Nova de Lisboa, 2015. 162 p. ISBN: 978-989-755-188-8. Disponível em: https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2015/07/Estudo-preval%C3%AAncia-MGF-finalpp.pdf

MARCUSÁN, Adriana Kaplan; JURAUTA, Maria José perez (Coord). Mutilación genital femenina: prevención y atención. **Associació Catalana de Llevadores**, Barcelona, 2004. 63 p. Deposito legal B-7419-2004. Disponível em: http://ics.gencat.cat/web/.content/documents/assistencia/protocols/mutilacions_extensa.pdf

MARTINHO, Solange Aparecida. Mutilação Genital Feminina: Um Selo Religioso Milenar (In)Violável para as Mulheres e (In)Visível para os Homens. **Revista Lusófona De Ciência Das Religiões**, Lisboa, v. 21, nº 4, p. 103-143, 2018. ISSN 1645-5584. Disponível em: https://revistas.ulusofona.pt/index.php/cienciareligioes/issue/view/734

MINISTÉRIO DA SAÚDE. **Mutilação genital feminina, análise dos casos registados na PDS/RSE- PP 2014-2017.** Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2018. 19 p. ISBN: 978-972-675-282-0.

MONTEIRO, Rosa. Detetados em Portugal 101 casos de mutilação genital feminina em 2020. **Observador, 2021.** Disponível em: https://observador.pt/2021/01/15/detetados-em-portugal-101-casos-de-mutilacao-genital-feminina-em-2020/

MURRAY, Anne Firth. **From outrage to courage:** The unjust and unhealthy situation of women in poorer countries and what they are doing about it. Common Courage Press, 2013. 374 p. ISBN 978-0615761169.

NEUMAN, Betty; FAWCETT, Jacqueline. **The Neuman systems model** (5th ed.), N.J: Pearson Education, 2011. ISBN-13: 978-0135142776

ONTIVEROS, Eva. Mutilação genital feminina: o que é e por que ocorre a prática que afeta ao menos 200 milhões de mulheres. **BBC World Service,** 2019. Disponível em: https://www.terra.com.br/noticias/mundo/mutilacao-genital-feminina-o-que-e-e-por-que-ocorre-a-pratica-que-afeta-ao-menos-200-milhoes-de-mulheres,9baaca89c97589ac406457d7a1dc31ddy1j18rey.html

PAIXÃO, Margarida; SILVA, António Carlos. **Mutilação genital feminina:** Manual de orientação para as escolas. Lisboa. Documento produzido com o apoio da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens da Amadora, da Câmara Municipal da Amadora e do Alto Comissariado para as Migrações. 27 p. Disponível em: https://www.cig.gov.pt/wp-content/uploads/2019/11/Mutila%C3%A7%C3%A3o-Genital-Feminina-Manual-de-Orienta%C3%A7%C3%A3o-para-as-Escolas-003.pdf

PALHARES, Dário, SQUINCA, Flávia. Os desafios éticos da mutilação genital feminina e da circuncisão masculina. **Revista bioética, Brasília**, v. 21, nº3, p. 432-437, dezembro 2013. Disponível em: https://repositorio.unb.br/handle/10482/29066

P&D FACTOR. Dia Internacional de Tolerância zero para a mutilação genital feminina. **Associação para cooperação sobre população e desenvolvimento**, 2015. Disponível em: www.pop.desenvolvimento.org

RAHMAN, Anika; TOUBIA, Nahid. **Female genital mutilation:** A practical guide to worldwide laws & policies. Zed Books, 2000. 272 p. ISBN: 9781856497732.

SCHWIKOWSKI, Martina; STEFFES-HALMER, Annabelle; BARRY, Bob. Mutilação Genital Feminina: Luta para abolir uma barbárie. **Jornal DW**, p. 1-7. 2019. Disponível em: https://www.dw.com/pt-002/mutila%C3%A7%C3%A3o-genital-feminina-luta-para-abolir-uma-barb%C3%A1rie/a-47379578

SILVA, Carina Castro. **Mutilação genital feminina: Percepções de jovens guineenses residentes em Portugal e de profissionais com experiência na Guiné-Bissau.** Tese de mestrado. Universidade Fernando Pessoa. Faculdade de Ciências Sociais e Humanas do Porto, 2015. Disponível em: https://bdigital.ufp.pt/handle/10284/4917

SILVA, Maria Cardeira. "Guerra" Contra a Mutilação Genital Feminina (MGF) Danos Colaterais. In Alice Frade (coord.). **Por Nascer Mulher… um outro olhar dos Direitos Humanos.** Lisboa: Associação para o Planeamento da Família. 140 p. 2007, p. 16-24. ISBN 978-972-8291-22-8

UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND. **Child protection from violence, exploitation, and abuse:** A statistical snapshot. Statistics and Monitoring Section. Division of Policy and Practice, 2011.

UNITED NATIONS INTERNATIONAL CHILDREN'S EMERGENCY FUND. **Female Genital Mutilation/ Cutting:** A Global Concern. New York: UNICEF, 2016. Disponível em: https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/female-genital-mutilation.

UNITED NATIONS POPULATION FUND [UNFPA]. **Proyecto embera-wera** – Una experiencia de cambio cultural para la eliminación de la ablación femenina en Colombia - América Latina, 2011.

VERMELHO, Alice. **Mutilação genital feminina e a violação dos direitos das mulheres:** entenda! Politize de 25 de novembro de 2020. Disponível em: https://www.politize.com.br/mutilacao-genital-feminina/

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Towards the elimination of female genital mutilation:** a training manual for the affected countries in the Eastern Mediterranean Region. Cairo, World Health Organization Regional Office for the Eastern Mediterranean, 2006.

CAPÍTULO 9

PRÁTICAS DE ENFERMAGEM NA CATETERIZAÇÃO VENOSA PERIFÉRICA: CONTRIBUTOS PARA A PREVENÇÃO DE INFECÇÕES

Anabela Salgueiro-Oliveira;

Unidade de Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), Coimbra, Portugal.

https://orcid.org/0000-0002-8231-8279

Remy Cardoso;

Unidade de Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), Coimbra, Portugal.

https://orcid.org/0000-0003-4610-2697

Beatriz Serembeque;

Unidade de Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), Coimbra, Portugal;

Coimbra Institute for Clinical and Biomedical Research (iCBR) Area of Environment Genetics and Oncobiology (CIMAGO), University of Coimbra (UC), Coimbra, Portugal;

Biophysics Institute of Faculty of Medicine, University of Coimbra (FMUC), Coimbra, Portugal;

Center for Innovative Biomedicine and Biotechnology (CIBB), Coimbra, Portugal.

https://orcid.org/0000-0002-3634-859X

Paulo Santos-Costa;

Unidade de Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), Coimbra, Portugal.

https://orcid.org/0000-0003-0761-6548

Rafael A. Bernardes;

Unidade de Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), Coimbra, Portugal.

https://orcid.org/0000-0003-2110-7483

Fernando Gama;

Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra (CHUC), Coimbra, Portugal.

https://orcid.org/0000-0002-3745-1046

David Adriano;

Centro Hospitalar da Universidade de Coimbra (CHUC), Coimbra, Portugal.

Joana Bernardo;

Unidade de Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), Coimbra, Portugal.

https://orcid.org/0000-0003-3614-9061

Liliana B. Sousa;

Unidade de Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), Coimbra, Portugal.

https://orcid.org/0000-0002-8914-6975

Nádia Osório;

Departamento de Ciências Laboratoriais Biomédicas, Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Coimbra (ESTeSC), Coimbra, Portugal.

https://orcid.org/0000-0001-9559-2165

João Graveto;

Unidade de Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), Coimbra, Portugal.

https://orcid.org/0000-0001-6974-9421

Pedro Parreira.

Unidade de Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA: E), Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC), Coimbra, Portugal.

https://orcid.org/0000-0002-3880-6590

RESUMO: O cateter venoso periférico (CVP) é utilizado diariamente nas instituições de saúde, com diferentes finalidades, entre elas a administração de medicação intravenosa. Apesar das vantagens decorrentes da sua utilização, não é isento de riscos, podendo conduzir a complicações, nomeadamente a infeção. O projeto TecPrevInf, teve como finalidade a prevenção de infeções em doentes com CVPs, implementando atividades que visem a transferência de tecnologias para a prática clínica dos enfermeiros, o desenvolvimento de competências e a contribuição para o conhecimento científico na área. Recorrendo à metodologia de Investigação-Ação, o projeto decorreu numa unidade de cuidados de um hospital universitário de Portugal, ao longo de 24 meses, tendo terminado em dezembro de 2019. Foram desenvolvidas diferentes atividades, que incluíram revisões de escopo, um estudo transversal e dois estudos observacionais prospectivos, antes e depois de painéis de discussão e sessões de formação avançada. Os painéis de discussão e reflexão tiveram

como foco as práticas em uso, sobre cateterização venosa periférica, enquanto as sessões de formação avançada visaram contribuir para a adoção de tecnologias inovadoras. Constatou-se que as práticas dos enfermeiros apresentavam desvios em relação às recomendações de padrões de cuidados nacionais e internacionais. Concluiu-se também que os painéis de discussão, a formação avançada e as tecnologias implementadas tiveram impacte nas complicações e contaminação dos CVPs, contribuindo para a segurança e qualidade de cuidados.

PALAVRAS-CHAVE: Cateterismo periférico. Prática profissional. Enfermagem.

NURSING PRACTICES IN PERIPHERAL VENOUS CATHETERIZATION: CONTRIBUTIONS TO INFECTION PREVENTION

ABSTRACT: Each day, peripheral intravenous catheters (PIVC) are used in healthcare settings for a variety of therapeutic purposes, including the delivery of intravenous drugs. Despite its advantages, PIVC are not risk-free and can result in significant complications, including bloodstream infections. To address this challenge, the TecPrevInf project focused on the integration of innovative technologies into clinical practice and the development of nurses' competencies in this field. Through an action-research methodological approach, the TecPrevInf project was conducted in a care unit from a Portuguese university hospital, for 24 months, ending in December 2019. The project comprised different activities, including scoping reviews and two prospective observational studies interspersed with discussion panels and advance training sessions. The discussion panels focused on current PIVC-related practices, while the advance training sessions aimed to increase nurses' adherence to innovative technologies in the field. Initial findings showed that nurses' PIVC-related practices diverged from national and international standards of care. The implementation of the discussion panels and advanced training sessions, with the integration of innovative technologies, showed to be effective in reducing PIVC-related complications and contamination rates, leading to the delivery of safer and quality care.

KEY-WORDS: Catheterization, peripheral. Professional practice. Nursing.

INTRODUÇÃO

A inserção de cateteres venosos periféricos (CVPs) é um procedimento invasivo muito frequente em contexto clínico (MARSH et al., 2017, 2018; SIMIN et al., 2019), sendo que, 68,9% a 86,7% dos doentes necessitam de pelo menos um CVP, durante a estadia hospitalar (MARSH et al., 2017, 2018; BRAGA et al., 2018a; SIMIN et al., 2019). Esta prática não é contudo isenta de riscos, pois vários estudos associam os CVPs a elevadas taxas de complicações e a um aumento do risco de morbilidade e mortalidade (ALEXANDROU et al., 2015, 2018; MARSH et al., 2017).

A maior parte das complicações associadas a CVPs são a flebite, oclusão, infiltração e deslocamento levando à falha de 69% dos CVPs e à sua remoção prematura (MARSH et al., 2015; GÜNTHER et al., 2016; RICKARD et al., 2018). Apesar de ainda escassas, algumas investigações alertam ainda, para o risco de infeção associada a estes dispositivos (LOLOM et al., 2009; SATO et al., 2017).

São os enfermeiros que habitualmente cuidam da pessoa portadora de CVP, contudo, vários autores verificaram que as práticas observadas nem sempre estão de acordo com as recomendações de padrões de cuidados (KAMPF et al., 2013; BERNATCHEZ, 2014; BRAGA et al., 2018b; FIORINI et al., 2019), nomeadamente do Centers for Disease Control and Prevention (CDC) (O'GRADY et al., 2011), do Royal College of Nursing (RCN, 2016) e da Infusion Nurses Society (INS) (GORSKI et al., 2021).

Neste âmbito, algumas tecnologias são recomendadas para as práticas de enfermagem, com o objetivo de prevenir de complicações relacionadas com os CVPs, entre elas, garrotes de uso único, curativos de película e tecnologias de apoio à inserção dos cateteres (RCN, 2016; GORSKI et al., 2021). Também os cateteres centrais de inserção periférica (PICCs), quando comparados com os CVPs mostram taxas mais reduzidas de complicações locais (COTOGNI, 2014), promovem a administração mais segura de medicamentos, redução da dor e do número de punções venosas (BRAGA et al., 2019). Outra investigação verificou, mais baixas taxas de infeção da corrente sanguínea, trombose relacionada com o cateter, ou oclusão quando os PICCs foram inseridos e mantidos por uma equipe de enfermagem especializada (MCDIARMID et al., 2017).

Em Portugal o conhecimento sobre as práticas dos enfermeiros, relacionadas com a inserção e manuseio de CVPs, assim como o impacte da transferência de novas tecnologias para a qualidade de cuidados, ainda é uma área pouco estudada. Para responder a esta lacuna, foi criado o projeto "Transferência de inovação tecnológica para as práticas dos enfermeiros: contributos para a prevenção de infecções" (TecPrevInf), que resultou de uma parceria entre a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Escola Superior de Tecnologia de Coimbra, um Hospital Central Universitário da região centro de Portugal e a Associação Portuguesa de Acessos Vasculares (APoAVa). Os objetivos estabelecidos, para este projeto, foram os seguintes: contribuir para a prevenção de infeções hospitalares, através da mudança de práticas dos enfermeiros relacionadas com os cuidados a pessoas com CVP; implementar tecnologias inovadoras na prática clínica; contribuir para o aumento do conhecimento científico, integrando o conhecimento da prática com o da investigação; facilitar a criação de redes de investigação, através da articulação de instituições de ensino superior e contextos de prática clínica, dando continuidade aos ideais estabelecidos no projeto.

METODOLOGIA

Reconhecendo a importância de parcerias entre a academia e os contextos clínicos, poderem contribuir de forma mais efetiva para a melhoria das práticas de enfermagem e qualidade de cuidados, a metodologia de Investigação-Ação (IA) de acordo com (QUIGLEY; KUHNE, 1997) foi considerada a abordagem metodológica mais pertinente, face aos objetivos delineados.

Com recurso à metodologia IA e seguindo as fases de *Planeamento*, *Ação* e *Reflexão*, pretendeu-se o envolvimento dos profissionais no processo de investigação, para a mudança de práticas. Utilizou-se a reflexão sobre a ação, promovendo a circulação do conhecimento, suportada na evidência científica mais recente sobre cateterização venosa periférica e sobre inovações tecnológicas neste âmbito, que pudessem contribuir positivamente para a prevenção de infecção.

Decorrente de estudos de investigação, anteriormente desenvolvidos no mesmo Hospital Central Universitário, acordou-se com a instituição de saúde, que faria sentido implementar este projeto numa unidade de cardiologia. A decisão prendeu-se com o facto, de existir elevado número de doentes com CVPs, necessidade de terapêutica intravenosa agressiva para a rede venosa durante longos períodos, assim como a percepção dos enfermeiros da equipe sobre a existência de taxas elevadas de complicações.

A primeira fase, fase de *Planeamento*, decorreu entre abril de 2018 e agosto de 2018. Os objetivos estabelecidos eram identificar a pertinência da problemática de investigação no contexto do estudo e realizar pesquisa sobre evidência científica mais recente. Foram implementadas as seguintes atividades:

Atividade 1- Procedeu-se à formalização do pedido, para a implementação do projeto ao Conselho de Administração e Comissão de Ética da Instituição. Foram ainda realizadas duas revisões de escopo, baseadas na metodologia proposta pelo *Joanna Briggs Institute* (PETERS et al., 2020).

Estas revisões empregaram estratégias de pesquisa específicas, para cada base de dados/repositório, identificando estudos relevantes de forma a darem respostas às questões de investigação.

A realização da primeira revisão (SALGUEIRO-OLIVEIRA et al., 2019) visava dar resposta à questão de investigação: Quais são as práticas atuais dos profissionais de saúde no que se refere ao uso do garrote durante a punção venosa periférica e a contaminação microbiológica associada? Na pesquisa foram considerados estudos escritos em inglês, espanhol, francês e português, independentemente do ano de publicação, nas bases de dados e repositórios CINAHL Complete (via EBSCO), Cochrane Central Register of Controlled Trials, Scopus, OpenGrey, Scientific Electronic Library Online, Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal, Portal de Periódicos da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (Capes) e o Joanna Briggs Institute Clinical Online Network of

Evidence for Care and Therapeutics. A lógica booleana foi usada com termos de pesquisa, incluindo: (tourniquet OR tourniquets) AND (contamination OR colonization OR organism OR organisms OR infect* OR bacter* OR fung* OR virus OR viral OR viruses OR pathogenic OR pathogens OR yeast OR yeasts OR microorganism OR microorganisms OR spores OR "colony count" OR colonies OR colony OR "colony forming units" OR "colony forming unit" OR microbial OR fomite OR fomites OR cross-contamination OR cross-infection OR "Equipment Contamination").

A outra revisão (SALGUEIRO-OLIVEIRA et al., 2020) visava dar resposta à questão de investigação: Qual a contaminação microbiológica mais comum encontrada em garrotes usados por profissionais de saúde durante punção venosa periférica (taxa de contaminação, microrganismos encontrados e perfil de resistência)? A pesquisa foi realizada na MEDLINE (via PubMed) e CINAHL complete (via EBSCO). Estudos escritos em inglês, espanhol, francês, e português foram considerados para inclusão nesta revisão, até o ano de 2017. As palavras-chave utilizadas na pesquisa foram: "Garrote" E "Contaminação microbiana" OU "Bactéria colonização" OU "Microrganismos" OU "Infecção" OU "Patógenos" OU "Fômites".

Em ambas as revisões, dois revisores independentes analisaram os títulos/resumos, confrontando-os com critérios de inclusão definidos e efetuaram a extração de dados.

Com o objetivo de conhecer as práticas dos enfermeiros durante a inserção e a manutenção de CVPs e tecnologias utilizadas, naquele contexto clínico, foram implementadas as Atividades 2 e 3.

Atividade 2 – Foi realizado um estudo transversal e descritivo, recorrendo à técnica de observação participante.

As práticas dos enfermeiros (n = 26) durante a gestão dos CVPs foram observadas e registadas pela enfermeira investigadora, com experiência prévia em CVPs. A investigadora acompanhava a inserção e manutenção de CVPs, utilizando uma *checklist* baseada em recomendações de padrões de cuidados transnacionais (O'GRADY et al., 2011; RCN, 2016; GORSKI et al., 2021), bem como em recomendações nacionais (VEIGA et al. 2011). A *checklist* com 35 itens relativos à inserção e 28 itens referentes à manutenção dos CVPs foi validada por um painel constituído por clínicos (n=6) e académicos (n=4), com expertise em enfermagem e microbiologia. Os 26 enfermeiros envolvidos no estudo foram num primeiro momento, abordados pelo investigador principal que descreveu o projeto e o seu objetivo principal, obtendo também o seu consentimento informado.

Atividade 3 – Estudo observacional prospetivo, realizado entre 9 abril de 2018 e 31 de agosto de 2018.

As práticas profissionais em uso na unidade de cuidados, relacionadas com a inserção e vigilância da pessoa com CVP, tecnologias habitualmente utilizadas (garrotes reutilizáveis de borracha ou têxtil e curativos transparentes de fixação convencional), bem como as complicações observadas, eram registradas diariamente pelos enfermeiros em

instrumento construído para o efeito. O instrumento de coleta de dados, foi construído pela equipe de investigação, também com base nas recomendações de padrões de cuidados transnacionais (O'GRADY et al., 2011; RCN, 2016; GORSKI et al., 2021). Simultaneamente, eram recolhidas as pontas dos cateteres entretanto retirados e encaminhadas para análise microbiológica, durante o período de trabalho do laboratório (8h00 às 15h00). Dois pesquisadores, responsáveis pelo envio de amostras ao laboratório, permaneciam no contexto dos cuidados, para garantir que o procedimento era executado com rigor. A contaminação dos CVPs foi avaliada usando a técnica semi-quantitativa proposta por (MAKI; WEISE; SARAFIN, 1977).

Na segunda fase, fase de *Ação*, o principal objetivo foi de devolver à equipe de enfermagem os resultados dos estudos realizados na primeira fase para permitir a reflexão sobre as práticas em uso, mobilizando a evidência científica sobre a temática e facilitar o desenvolvimento de competências, sobre algumas tecnologias alternativas a implementar durante os cuidados à pessoa portadora de CVP. Para o efeito, foram desenvolvidos dois painéis de discussão entre a equipe de investigação e a equipe de enfermagem, em setembro de 2018, que permitiram a apresentação dos resultados das Atividades 2 e 3 e a reflexão sobre as práticas em uso. Adicionalmente, foram realizadas quatro sessões de formação avançada, num total de 32 horas, para o desenvolvimento de competências dos enfermeiros, sobre inovações tecnológicas (garrotes descartáveis, curativos de última geração; inserção ecoguiada de PICCs e a sua manutenção), que poderiam dar contributos para as práticas relacionadas com a cateterização venosa periférica.

A terceira fase, fase de *Reflexão,* que decorreu entre final de setembro de 2018 e setembro de 2019, teve como objetivo fundamental demonstrar o impacte da implementação das tecnologias na prática clínica e na redução da incidência de complicações e contaminação do CVP.

Atividade 4 – Implementado o segundo estudo observacional prospectivo, cujo processo de coleta e registro de dados pelas equipes de enfermagem e pesquisa foi realizado conforme descrito na Atividade 3, entre final de setembro de 2018 e fevereiro de 2019. Nesta fase foram utilizados os garrotes descartáveis e curativos de película com rebordo de tecido. Foram igualmente enviadas para análise as pontas dos CVPs.

Ainda durante a fase de *Reflexão,* foi realizado um estudo piloto, com o objetivo de demonstrar e motivar a equipe de enfermagem para as vantagens da utilização dos PICCs, não usados naquele contexto, em alternativa aos CVPs. A agressividade da medicação habitualmente utilizada, conduzia frequentemente a complicações associadas aos CVPs, necessidade de múltiplas punções e em muitos casos interrupção da terapêutica intravenosa. Neste sentido, foram inseridos dois PICCs a doentes da unidade de cuidados, após a decisão da equipe de saúde, por um dos elementos da equipe de investigação com competências e experiência no âmbito da inserção e manutenção dos PICCs. Foi posteriormente avaliada a percepção dos enfermeiros sobre a experiência com a sua utilização, através da realização

de três grupos focais. Participaram 19 enfermeiros, de forma a dar resposta à seguinte questão de investigação: Qual é a perspectiva dos enfermeiros, sobre a implementação do PICC nas suas práticas clínicas?

Os grupos focais com a duração média de 60 minutos foram áudio gravados e realizados nos dias 4, 12 e 19 de junho de 2019. A moderação foi realizada por três elementos da equipe de investigação, com vasta experiência e conhecimento em educação em enfermagem e CVPs. O roteiro da entrevista foi elaborado pela equipe de investigação e incluiu questões relacionadas com as vantagens e desvantagens dos PICCs, tanto para a prática dos enfermeiros como para o bem-estar da pessoa doente, bem como, possíveis limitações para a introdução desta tecnologia no serviço.

Os vários estudos com intervenção humana neste projeto foram desenvolvidos de acordo com a Declaração de Helsínquia. O parecer ético para a realização do estudo foi concedido pela Comissão de Ética da Instituição (nº de autorização: 115-17) e pela Comissão de Proteção de Dados portuguesa (nº de autorização: 14037/2017).

A análise estatística dos dados quantitativos foi feita com o software SPSS Statistics® (version 24, IBM SPSS; Chicago, IL, USA), sendo considerado um nível de confiança de 95%. O conteúdo dos grupos focais foi transcrito e analisado de acordo com a técnica de Bardin (BARDIN, 2013).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através do recurso à metodologia de IA, foram desenvolvidas várias atividades ao longo de um ciclo de investigação e das três fases previstas. Durante a primeira fase, desenvolveram-se diferentes revisões de escopo de modo a perceber o estado de arte nesta área e sustentar cientificamente as atividades posteriores.

Na primeira revisão de escopo procurou-se mapear as práticas dos profissionais de saúde, no que diz respeito ao recurso de garrote durante a punção venosa periférica. Foram selecionados 15 estudos primários para análise, publicados após 1986 e provenientes de diferentes contextos internacionais. Os resultados permitiram evidenciar que o foco da investigação variou entre os autores, sendo encontrados estudos sobre características do material dos garrotes, reutilização dos dispositivos entre doentes, práticas de descontaminação e sobre compartilhamento do garrote entre profissionais. Também foram analisadas as práticas profissionais que poderiam interferir no uso do garrote, como a higienização das mãos e o uso de luvas durante a punção venosa periférica. Tal como a revisão escopo anterior, os estudos incluídos nesta revisão, revelaram taxas consideráveis de contaminação microbiológica e diversidade bacteriana, nomeadamente com *S. aureus, Klebsiella, Pseudomonas, Escherichia coli* e *Acinetobacter baumanni*, com resistências antimicrobianas significativas que podem colocar em risco a segurança da pessoa doente. Estes resultados podem ser explicados, pela falta de práticas de reprocessamento adequadas

antes e após o uso do garrote durante a punção venosa periférica (SALGUEIRO-OLIVEIRA et al., 2019).

Em outra revisão de escopo foram selecionados 20 estudos, com análise de 1477 garrotes, realizados em diferentes países e publicados entre 1986-2017. Verificou-se que a taxa de contaminação destes dispositivos reutilizáveis variou entre 9% e 100%, sendo que 15 estudos evidenciaram taxas iguais ou superiores a 70%. Os microrganismos identificados nestes estudos pertenciam a várias espécies, sendo a mais prevalente o gênero *Staphylococcus*, seguido pelos *Bacillus*, *Enterobacteriaceae* e espécies *Enterococcus. Em* 19 estudos identificaram-se *Staphylococcus aureus* em mais de 250 garrotes com uma prevalência que variou entre 1-80%, sendo ainda associado em 11 estudos, a resistência deste microrganismo à meticilina (SALGUEIRO-OLIVEIRA et al., 2020).

As evidências identificadas em ambas as revisões de escopo realizadas, permitem evidenciar que a reutilização de garrotes entre doentes representa um risco acrescido para a ocorrência de infecções da corrente sanguínea, pela elevada contaminação que apresentam. O fato de os profissionais não seguirem o estabelecido nas diretrizes internacionais, quanto à necessidade de utilização de um garrote individualizado por pessoa doente (O'GRADY et al., 2011; RCN, 2016; GORSKI et al., 2021), contribui para a contaminação do mesmo, com potenciais implicações na qualidade, segurança e efetividade dos cuidados prestados, assim como para a segurança do profissional de saúde.

Em linha com os resultados obtidos nas revisões escopo, pretendeu-se compreender como eram realizadas as práticas dos enfermeiros e identificar as tecnologias associadas à inserção e manutenção do CVP, naquele contexto clínico.

Para o efeito, foi realizada a observação das práticas dos enfermeiros e realizado um estudo observacional prospetivo, que evidenciou a pertinência de avançar para a fase de *Ação.* Foram realizados painéis de reflexão sobre as práticas em uso e formação avançada sobre tecnologias inovadoras, que poderiam contribuir para a redução de infeções.

Relativamente à observação das práticas dos enfermeiros, foram observados 38 momentos de inserção de CVPs, sendo que em todas as observações, os garrotes reutilizáveis foram aplicados sem qualquer tentativa prévia de descontaminação. As outras áreas em que foram encontrados desvios foram relativas ao uso de luvas (55,2%), utilização de técnica asséptica *non-touch* (44,7%), higienização das mãos tendo os resultados variado entre 18,4% e 84,2%, e ao ensino da pessoa doente (28,9%). Relativamente à manutenção do CVP, foram observados 66 momentos, principalmente durante a administração de medicação endovenosa. A desinfecção do conector (78,8%), o *flushing* do cateter, entre 53,3% e 78,8% e a educação da pessoa (24,2%) foram as principais áreas desviantes. Também significativo foi o fato de 27,3% dos enfermeiros terem que substituir o curativo do CVP por apresentar as bordas descoladas e a necessidade de remover o CVP em 25,8% dos momentos observados, devido à presença de sinais inflamatórios, infiltração ou

obstrução (OLIVEIRA et al., 2019).

Através deste estudo, verificou-se que as práticas dos enfermeiros não eram unificadas entre os profissionais, no que diz respeito à inserção e manutenção de CVPs e apresentavam desvios em relação às recomendações de padrões de cuidados transnacionais, realçando a necessidade de formação contínua dos profissionais relativamente à inserção e manutenção dos CVPs. Alguns autores, consideram a inserção e manutenção destes dispositivos uma competência essencial para todos os enfermeiros (HO; LIEW; TANG, 2016). A evidência científica, suporta a importância da educação periódica dos profissionais acerca das complicações relacionadas com CVPs, considerando-a como um reforço positivo, para que estes sigam as recomendações nacionais e internacionais (CAPDEVILA et al., 2016).

Após a implementação da fase de *Ação,* verificou-se através do segundo estudo observacional prospectivo, uma redução nas complicações e contaminação dos CVPs, quando as práticas dos enfermeiros passaram a incluir algumas tecnologias inovadoras (garrotes descartáveis de uso único e curativos de película com rebordo em tecido). Nesta atividade foram avaliadas 156 pessoas doentes (54 – fase 1; 102 – fase 2) e 296 CVPs. Verificou-se da primeira (n = 118) para a segunda fase (n=178), uma redução na taxa de complicações de 62,1% para 57,3%. As pontas dos CVPs retiradas e submetidas a análise microbiológica, apresentaram uma redução de 44,1% para 17,9% (p = 0,014). Através da regressão logística, verificou-se ainda, que a utilização de tecnologias inovadoras, reduziu a chance de contaminação do CVP em 79% (Odds ratio (OR): 0,21; intervalo de confiança de 95% (IC): 0,05–0,98; p = 0,046). Já as complicações do CVP e fluidoterapia surgiram como preditores para a contaminação do CVP. Os resultados encontrados sugerem assim, que a adoção de tecnologias inovadoras nas práticas dos enfermeiros, contribui de forma significativa para a redução de complicações e contaminação dos CVPs (PARREIRA et al., 2019).

Corroborando a importância destes resultados, foi identificado noutro estudo a contaminação destes dispositivos médicos por micro-organismos patogênicos com perfil de resistência aos antibióticos, muito comuns em ambiente hospitalar, sendo que 83,3% dos garrotes eram utilizados por mais de um profissional na punção intravenosa periférica de diferentes doentes. Não existia qualquer protocolo de descontaminação em uso (BATISTA et al., 2015). Tal como observado na primeira fase do estudo, os garrotes comuns de borracha ou têxtil usados na cateterização venosa periférica podem representar o ambiente ideal, para o crescimento de microrganismos patogénicos, que podem levar a infecções da corrente sanguínea, caso as práticas de descontaminação não sejam seguidas de forma adequada (MEHMOOD et al., 2014; OLIVEIRA et al., 2018, 2019).

Também relativamente aos curativos de proteção e fixação do CVP, a evidência científica reforça a sua importância para aumentar o tempo de permanência dos cateteres, funcionalidade e redução de complicações, entre elas a infecção (HILL; MOUREAU, 2019). Os resultados encontrados no estudo realizado, sugerem que os curativos de película com

rebordo reforçado em tecido terão contribuído para a redução da taxa de contaminação dos CVPs. Tal como concluído em outras investigações, estudos mais profundos sobre curativos, necessitam de ser realizados (MARSH et al., 2015; RICKARD et al., 2018).

Relativamente aos grupos focais, realizados com o objetivo de compreender a experiência dos enfermeiros quanto à utilização dos PICCs durante o estudo piloto, constatou-se que esta tecnologia foi considerada benéfica para a sua prática clínica e para a pessoa doente, pois facilitava a manutenção e reduzia a frequência de substituição de cateteres, número de punções, desconforto e complicações, nomeadamente infecções. Sugeriram ainda, que dado a necessidade de *skills* específicos para a inserção deste tipo de cateteres, a constituição de equipes especializadas seria uma vantagem (SALGUEIRO-OLIVEIRA et al., 2021).

Ainda durante a fase de *Reflexão,* foi contruída com a equipe de enfermagem, uma "Árvore de decisão TecPrevInf", com o objetivo de ajudar na tomada de decisão da equipe, na seleção do dispositivo de acesso vascular mais adequado à situação clínica da pessoa doente, perspetivando a continuidade de utilização dos PICCs na unidade de cuidados.

Em Portugal a inserção de PICCs por enfermeiros ainda não é uma prática frequente nas unidades saúde, apesar do Parecer do Conselho de Enfermagem nº 29/2020 da Ordem dos Enfermeiros, considerar que a inserção pode ser realizada por estes profissionais, desde que possuam formação acreditada que os habilite a realizar o procedimento (ORDEM DOS ENFERMEIROS CONSELHO DE ENFERMAGEM 2020-2023). Em concordância com estes resultados, outros estudos têm demonstrado que os PICCs contribuem para a redução do número de cateterizações venosas e o risco associado ao cateter venoso central (BRAGA, 2017; SANTO et al., 2017), podendo ser uma alternativa muito favorável ao CVP e cateteres venosos centrais (CVC), em caso de terapêutica intravenosa durante períodos mais longos (BRAGA et al., 2019).

Com implementação deste projeto entendeu-se que a mudança de práticas é um processo complexo e influenciado por diferentes fatores, contudo, foi possível identificar na segunda fase, maior alinhamento com o estabelecido nas recomendações sobre padrões de cuidados sobre a temática. Partilhamos assim, o referido por (SALGUEIRO-OLIVEIRA, 2014), que considera complexas as práticas dos enfermeiros a pessoas doentes com CVPs, por resultarem da interseção do contexto do utilizador e do contexto de ação. O contexto do utilizador, referente à pessoa internada com CVP e o contexto de ação, aquele em que os diferentes atores, nomeadamente os enfermeiros inerentemente ligados ao contexto da profissão, e as dinâmicas da organização de cuidados, se consubstanciam para permitirem práticas de cuidados que desejamos de excelência.

Neste sentido, também foram apresentados os resultados do projeto à Direção de Enfermagem da Instituição de Saúde, no sentido de facilitar a disseminação do TecPrevInf em outras unidades de cuidados e discutir algumas medidas organizacionais a implementar neste âmbito. Entre as medidas organizacionais discutidas, destacam-se a criação de

equipes de acessos vasculares, como sugerido nos grupos focais, acesso às tecnologias inovadoras objeto de investigação, formação continuada nesta área, assim como outras medidas promotoras da qualidade de cuidados à pessoa com acessos vasculares.

CONCLUSÃO

A implementação do projeto nesta unidade de cuidados permitiu o envolvimento da equipe de enfermagem no processo de mudança de práticas e adoção de algumas tecnologias, contribuindo para a redução de complicações e contaminação dos CVPs.

O recurso à metodologia de IA facilitou numa primeira fase, conhecer as práticas e tecnologias em uso, relacionadas com inserção e manutenção de CVPs, tendo sido identificados alguns desvios relativamente ao estabelecido nas recomendações de padrões de cuidados nacionais e internacionais. Os painéis de discussão e as sessões de formação avançada facilitaram a mobilização e circulação de conhecimento científico entre os elementos da equipe de enfermagem e terão contribuído para as alterações positivas verificadas nas práticas de profissionais. A adoção a algumas tecnologias inovadoras, como os garrotes descartáveis e curativos de película com rebordo reforçado em tecido, revelaram impacte nos resultados encontrados, que poderão contribuir para a prevenção de infecções associadas aos cuidados de saúde.

Identificou-se que diferentes fatores condicionam as práticas dos enfermeiros relacionadas com os CVPs. Para além da formação continuada dos enfermeiros e a reflexão sobre as práticas, outras medidas organizacionais, como a formação de equipes de acessos vasculares e aquisição de tecnologias inovadoras neste âmbito, demonstraram ser importantes.

Compreendeu-se que a implementação de novos ciclos de investigação na unidade de cuidados, para a continuidade de melhoria das práticas, assim como a replicação do projeto em outras unidades de cuidados da Instituição de Saúde ficou condicionada pela situação pandémica por Covid 19, contudo, a solicitação para a sua implementação, por outras equipes de enfermagem é indicadora do envolvimento dos enfermeiros, nos processos de melhoria das práticas clínicas. Também a dificuldade em sintetizar neste capítulo as diferentes atividades e resultados mais detalhadamente, pode condicionar a compreensão da informação.

Conclui-se ainda, que os processos de investigação que envolvem as academias, os contextos clínicos e associações de profissionais de saúde como a associação portuguesa de acessos vasculares (APoAVa) ou associações de doentes, são fundamentais e deverão ser uma realidade cada vez mais frequente.

No sentido de poder congregar o desenvolvimento de investigação com parcerias nacionais e internacionais, a APoAVa, será um excelente parceiro para a disseminação do projeto em outras instituições de saúde, tal como o projeto estruturante, em acessos

vasculares, que se encontra, neste momento, a ser desenvolvido na Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem (UICISA:E), acolhida na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, em Portugal.

AGRADECIMENTOS

Este estudo faz parte do projeto TecPrevInf: Transferência de inovação tecnológica para as práticas dos enfermeiros: contributos para a prevenção de infeções, financiado pelo Fundo Europeu de Desenvolvimento Regional - FEDER, através do Programa Operacional Competitividade e Internacionalização do PORTUGAL 2020. Os autores gostariam de agradecer o apoio da UICISA: E, acolhida pela Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC). Agradecem ainda, a contribuição dos Investigadores da UICISA: E, Elaine Santana e Anderson Rego, na revisão do português do Brasil deste capítulo.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

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

REFERÊNCIAS

ALEXANDROU, E. et al. International prevalence of the use of peripheral intravenous catheters. **Journal of Hospital Medicine**, v. 10, n. 8, p. 530–533, 2015. https://doi.org/10.1002/jhm.2389.

ALEXANDROU, E. et al. Use of short peripheral intravenous catheters: characteristics, management, and outcomes worldwide. **Journal of Hospital MedicineWestern**, Sydney University, New South Wales, Australia, 2018. http://doi.org/0.12788/jhm.3039.

BARDIN, L. **Análise de conteúdo: a visão de Laurence Bardin**. Lisboa: Edições 70. 2013. https://doi.org/10.14244/%2519827199291.

BATISTA, K. C. O. et al. Contaminação de torniquetes para punção intravenosa periférica. **Acta Paul Enferm.**, v. 28, n. 5, p. 426-432, 2015. https://doi.org/10.1590 /1982-0194201500072

BERNATCHEZ, S. F. Care of peripheral venous catheter sites: advantages of transparent film dressings over tape and gauze**. Journal of the Association for Vascular Access**, v. 19, n. 4, p. 256–261, 2014. https://doi.org/10.1016/j.java.2014.09.001.

BRAGA, L. M. **Práticas de Enfermagem e a segurança do doente no processo de punção de vasos e na administração da terapêutica endovenosa**. University of Lisbon. 2017. Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/31677>.

BRAGA, L. M. et al. Phlebitis and infiltration: vascular trauma associated with the peripheral

venous catheter. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, 2018ª. https://doi.org/10.1590/1518-8345.2377.3002.

BRAGA, L. M. et al. Taxa de incidência e o uso do flushing na prevenção das obstruções de cateter venoso periférico. **Texto & Contexto – Enfermagem**, v. 27, n. 4, p. 1–9, 2018b. https://doi.org/10.1590/0104-07072018002810017.

BRAGA, L. M. et al. Peripheral venipuncture: comprehension and evaluation of nursing practices. **Texto & Contexto - Enfermagem**, v. 28. 2019. https://doi.org/10.1590/1980-265x-tce-2018-0018.

CAPDEVILA, J. A. et al. Expert consensus document on prevention, diagnosis and treatment of short-term peripheral venous catheter-related infections in adults. **Cirugía Cardiovascular**, v. 23, n. 4, p. 192–198, 2016. https://doi.org/10.1016/j.circv.2016.06.001.

COTOGNI, P. Focus on peripherally inserted central catheters in critically ill patients**. World Journal of Critical Care Medicine**, v. 3, n. 4, p. 80-94, 2014. https://doi.org/10.5492/wjccm.v3.i4.80.

FIORINI, J. et al. Vessel health and preservation: An integrative review. **Journal of Clinical Nursing**, v. 28, n. 7–8, p. 1039–1049, 2019. https://doi.org/10.1111/jocn.14707.

GORSKI, L. A. et al. Infusion Therapy Standards of Practice, 8th Edition. **Journal of Infusion Nursing**, v. 44, n. 1S, p. 1–224, 2021. https//doi.org/10.1097/NAN.0000000000000396.

GÜNTHER, S. C. et al. Complications of intravascular catheters in ICU: definitions, incidence and severity. A randomized controlled trial comparing usual transparent dressings versus new-generation dressings (the ADVANCED study). **Intensive Care Medicine**, v. 42, n. 11, p. 1753–1765, 2016. https://doi.org/10.1007/s00134-016-4582-2.

HILL, S.; MOUREAU, N. L. Right Securement, Dressing, and Management BT - Vessel Health and Preservation: The Right Approach for Vascular Access. In: MOUREAU, N. L. (Ed.). **Cham: Springer International Publishing**, p. 117–130, 2019. https://doi.org/10.1007/978-3-030-03149-7_9.

HO, S. E.; LIEW, L. S.; TANG, W. Nurse's knowledge and practice in relation to peripheral intravenous catheter care. **Medicine and Health**, v. 11, p. 181–188, 2016. https://doi.org/10.12707/RIV19006.

KAMPF, G. et al. Improving patient safety during insertion of peripheral venous catheters: an observational intervention study. **GMS hygiene and infection control**, v. 8, n. 2, 2013. https://doi.org/10.3205/dgkh000 218.

LOLOM, I. et al. Impact d'un programme prolongé d'amélioration continue de la qualité sur le risque infectieux lié aux cathéters veineux périphériques. **La Presse Médicale**, v. 38, n.

1, p. 34–42, 2009. https://doi.org/10.1016/j.lpm.2008.03.017

MAKI, D. G.; WEISE, C. E.; SARAFIN, H. W. A Semiquantitative Culture Method for Identifying Intravenous-Catheter-Related Infection. **New England Journal of Medicine**, v. 296, n. 23, p. 1305–1309, 9 jun. 1977. https://doi.org/10.1056/NEJM197706092962301.

MARSH, N. et al. Securement methods for peripheral venous catheters to prevent failure: A randomised controlled pilot trial. **Journal of Vascular Access**, v. 16, n. 3, p. 237–244, 2015. https://doi.org/10.5301/jva. 5000348.

MARSH, N. et al. Devices and dressings to secure peripheral venous catheters: A Cochrane systematic review and meta-analysis. **International Journal of Nursing Studies**, v. 67, p. 12–19, 2017. https://doi.org/10.1002/14651858.CD011070.pub2.

MARSH, N. et al. Expert versus generalist inserters for peripheral intravenous catheter insertion: A pilot randomised controlled trial. **Trials**, v. 19, n. 1, p. 1–10, 2018. https://doi.org/10.1186/s13063-018-2946-3.

MCDIARMID, S. et al. Outcomes in a nurse-led peripherally inserted central catheter program: a retrospective cohort study. **CMAJ Open**, v. 5, n. 3, p. E535 LP-E539, 30 jun. 2017. https://doi.org/10.9778/cmajo.20170010.

MEHMOOD, Z. et al. Potential Risk of Cross-Infection by Tourniquets: A Need for Effective Control Practices in Pakistan. **International Journal of Preventive Medicine**, v. 5, p. 1119–1124, 2014. Disponível em:<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25317294/>.

O'GRADY, N. P. et al. Guidelines for the Prevention of Intravascular Catheter-related Infections. **Clinical Infectious Diseases**, v. 52, n. 9, p. e162–e193, 2011. https://doi.org/10.1093/cid/cir257.

OLIVEIRA, A. et al. Potential for contamination of tourniquets during peripheral venipuncture: a scoping review protocol. **Revista de Enfermagem Referência**, v. IV Série, n. 17, p. 143–148, 2018. https://doi.org/10.12707/RIV17104.

OLIVEIRA, A. et al. Nurses' peripheral intravenous catheter-related practices:a descriptive study. **Revista de Enfermagem Referencia**, v. 2019, n. 21, p. 111–120, 2019. https://doi.org/10.12707/RIV19006.

ORDEM DOS ENFERMEIROS CONSELHO DE ENFERMAGEM 2020-2023. **Parecer Nº 29/2020 Introdução de Cateter Central de Inserção Periférica por Enfermeiros.** Lisboa, 2020. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/19888/parecer-ce-n%C2%BA-29_2020_anonimizado.pdf>.

PARREIRA, P. et al. Impact of an innovative securement dressing and tourniquet in peripheral intravenous catheter-related complications and contamination: An interventional study**. International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 16, n. 18,

p. 1–12, 2019. https://doi.org/10.3390/ijerph16183301.

PETERS, M. D. J. et al. Updated methodological guidance for the conduct of scoping reviews. **JBI evidence synthesis**, v. 18, n. 10, p. 2119–2126, 2020. https://doi.org/10.11124/JBIES-20-00167.

QUIGLEY, B. A.; KUHNE, G. Creating practical knowledge through action research : posing ploblems, solving ploblems, and improving daily practice. In: **Anais**.1997. Disponível em: <https://www.semanticscholar.org/paper/Creating-practical-knowledge-through-action-%3A-and-QuigleyKuhne/12d4e625fbc668c84cd46806bb60125ba0e093 80>.

ROYAL COLLEGE OF NURSING. **Standarts for infusion therapy (4th ed.)**. London, England: Royal College of Nursing, 2016. Disponível em: <https://www.rcn.org.uk/clinical-topics/infection-prevention-and-control/standards-for-infusion-therapy>.

RICKARD, C. M. et al. Dressings and securements for the prevention of peripheral intravenous catheter failure in adults (SAVE): a pragmatic, randomised controlled, superiority trial. **The Lancet**, v. 392, p. 419–430, 2018. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(18)31380-1.

SALGUEIRO-OLIVEIRA, A. **Intervenção nas práticas dos enfermeiros na prevenção de flebites em pessoas portadoras de cateteres venosos periféricos: Um estudo de investigação-ação**. Universidade de Lisboa, 2014. Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/12149/1/ulsd068987_td_Anabela_Oliveira.p>

SALGUEIRO-OLIVEIRA, A. et al. Health professionals' practices related with tourniquet use during peripheral venipuncture: A scoping review. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 27, 2019. https://doi.org/10.1590/1518-8345.2743-3125.

SALGUEIRO-OLIVEIRA, A. et al. Tourniquets used in peripheral venipuncture as a potential vehicle for transmission of microorganisms: Scoping review. **Infectio**, v. 24, n. 2, p. 92–97, 2020. https://doi.org/10.22354/in.v24i2.839.

SALGUEIRO-OLIVEIRA, A. et al. Peripherally inserted central catheter placement in a cardiology ward: A focus group study of nurses' perspectives. **International Journal of Environmental Research and Public Health**, v. 18, n. 14, 2021. https://doi.org/10.3390/ijerph18147618.

SANTO, M. K. et al. Peripherally inserted central venous catheters: alternative or first choice vascular access? **Jornal Vascular Brasileiro**, v. 16, n. 2, p. 104–112, 2017. https://doi.org/10.1590/1677-5449.011516.

SATO, A. et al. Peripheral venous catheter-related bloodstream infection is associated with severe complications and potential death: a retrospective observational study. **BMC Infectious Diseases**,. v. 17, n. 1, p. 434, 2017. https://doi.org/10.1186/s12879-017-2536-0

SIMIN, D. et al. Incidence, severity and risk factors of peripheral intravenous cannula-

induced complications: An observational prospective study. **Journal of Clinical Nursing**, v. 28, n. 9–10, p. 1585–1599, 2019. https://doi.org/10.1111/jocn.14760.

VEIGA, B. et al. **Manual de normas de enfermagem: Procedimentos técnicos (2ª ed.)**. Lisboa, Portugal: Administração Central do Sistema de Saúde. 2011. Disponível em: <http://nocs.pt/wp-content/uploads/2018/01/Manual-de-Normas-de-Enfermagem-Procedimentos-T%C3%A9cnicos.pdf >.

CAPÍTULO 10

CONHECIMENTOS ÚTEIS SOBRE PERTURBAÇÃO DO USO DE ÁLCOOL: CONTRIBUTOS PARA A LITERACIA FAMILIAR

Olga Maria Martins de Sousa Valentim;

Instituto Politécnico da Lusofonia, Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches (IPLUSO); Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria (IPL); Center for Health Technology and Services Research (CINTESIS), Lisboa, Portugal.

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

Lídia Susana Mendes Moutinho;

Escola superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL); Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria (IPL); Centre for Innovative Care and Health Technology.

Ana Isabel Fernandes Querido;

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria (IPL); Centre for Innovative Care and Health Technology (ciTechCare), Leiria, Portugal.

https://orcid.org/0000-0002-5021-773X

João José Rolo Longo;

Instituto Politécnico da Lusofonia, Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches (IPLUSO; ERISA), Lisboa, Portugal.

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

Tânia Sofia Pereira Correia;

Instituto Politécnico da Lusofonia, Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches (IPLUSO, ERISA), Lisboa, Portugal.

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

Carlos António Laranjeira.

Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria (IPL); Centre for Innovative Care and Health Technology (ciTechCare), Leiria, Portugal.

https://orcid.org/0000-0003-1080-9535

RESUMO: O interesse na avaliação da literacia em saúde tem crescido substancialmente nos últimos anos. A Perturbação do Uso do Álcool (PUA) e as suas consequências constituem um sério problema para a saúde pública, representando um alto custo social, comprometendo diversas áreas, nomeadamente, a relação familiar, havendo poucos estudos de enfermagem sobre o conhecimento das famílias acerca da PUA. Objetivos:

a) caracterizar o conhecimento dos familiares de pessoas com PUA; e b) determinar as inter-relações entre a perceção da PUA e características sociodemográficas e clínicas, com vista a fornecer algumas diretrizes para a intervenção em enfermagem na promoção da literacia familiar. Método: Estudo quantitativo, do tipo descritivo-correlacional e transversal. Amostra por conveniência constituída por 200 familiares, tendo sido utilizados, como instrumentos, o questionário sociodemográfico, questões sobre a PUA e o *Revised Illness Perception Questionnaire* (IPQ-R). A análise estatística foi realizada no programa *IBM Statistical Package for the Social Science - SPSS*® versão 25.0. Utilizou-se estatística descritiva e inferencial, sendo o nível de significância adotado de p<0,05. Resultados: No geral, os familiares apresentaram uma *identidade* moderada da PUA e referiram que era uma doença crónica com *consequências* negativas. Porém mostraram pouca compreensão da doença. Conclusões: O conhecimento dos familiares sobre a PUA deve ser tido em consideração no desenho de estratégias de intervenção especializadas em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, com o objetivo de promover literacia das famílias. Sugere-se o desenvolvimento de programas psicoeducacionais de apoio para familiares de pessoas com PUA, com recursos a estratégias *m-health*.

PALAVRAS-CHAVE: Transtorno do uso de álcool. Família. Alfabetização.

USEFUL KNOWLEDGE ABOUT ALCOHOL USE DISORDER: CONTRIBUTIONS TO FAMILY LITERACY

ABSTRACT: Interest in health literacy assessment has grown substantially in recent years. Alcohol Use Disorder (AUP) and its consequences constitute a serious problem for public health, representing a high social cost and compromising several areas, namely family relationships, with few nursing studies on the knowledge of families about AUP. Objectives: a) to characterize the knowledge of family members of people with AUP; and b) determine the interrelationships between the perception of PUA and sociodemographic and clinical characteristics, in order to provide some guidelines for nursing intervention to promote family literacy. Method: Quantitative, descriptive-correlational and cross-sectional study. A convenience sample consisted of 200 family members, using the sociodemographic and clinical questionnaire, questions about the AUP and the Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R) as instruments. Statistical analysis was performed using the IBM Statistical Package for the Social Science - SPSS® version 25.0 program. Descriptive and inferential statistics were used, with a significance level of p<0.05. Results: In general, family members showed a moderate identity of AUP and reported that it was a chronic disease with negative consequences. However, they showed little understanding of the disease. Conclusions: The knowledge of family members about AUP should be taken into account in the design of intervention strategies specialized in mental health and psychiatric nursing, with the aim of promoting family literacy. We suggest the development of educational support

programs for family members of people with AUP, using m-health strategies.

KEY-WORDS: Alcohol use disorder. Family. Literacy.

INTRODUÇÃO

O álcool é uma substância conhecida desde a antiguidade, sendo uma das poucas drogas psicotrópicas que tem o seu consumo admitido, e até incentivado pela sociedade. A ingestão excessiva e habitual de bebidas alcoólicas, repetida ao longo do dia, mesmo em pequenas doses, vai mantendo uma alcoolização permanente do organismo e uma situação de intoxicação alcoólica crónica que, se for frequente e prolongada, poderá originar uma situação de dependência. A Perturbação do Uso do Álcool (PUA) é descrita por vários autores como uma doença crónica, multifatorial, de deteção quase sempre tardia, devido ao seu curso insidioso e prolongado (WHO, 2018). A pessoa com PUA passa a viver em função do álcool, desvalorizando aspetos essenciais da vida, como o trabalho, a saúde, os amigos e a família. Com efeito, as consequências da PUA vão muito para além do indivíduo com a doença, pois, embora comece por ser um problema apenas para o indivíduo, rapidamente se torna uma doença que afeta toda a família e muitas vezes com consequências avassaladoras. Tal como a pessoa com PUA, a família também desenvolve crenças específicas sobre a doença, que determinam a forma como se adaptam às suas implicações (BORTOLON, *et al*., 2017; WHO, 2018).

A família é a rede de suporte mais próxima de qualquer pessoa. Dada a importância do apoio familiar, o conhecimento que os familiares têm acerca da PUA é fundamental para a recuperação/adaptação da pessoa com PUA e restantes elementos da família. Assim, para uma intervenção efetiva e de carácter permanente, é essencial integrar a família, simultaneamente, como alvo e parceira de cuidados (MCCRADY; FLANAGAN, 2021).

Segundo Mejía-Trujillo (2017), as famílias demonstram pouco conhecimento sobre a PUA, ignorando conceitos essenciais para a compreensão deste problema e do seu tratamento e, neste sentido, a intervenção de enfermagem deve orientar-se numa perspetiva sistémica, tendo sempre presente a importância do contexto familiar (DIAS, 2011; GIUSTO; PUFFER, 2018). Neste sentido a promoção da literacia familiar sobre a PUA poderá assumir um impacto significativo, nos cuidados de saúde, na promoção da saúde e na prevenção da doença do familiar, através da tomada de decisão consciente e informada (MUHANGA; MALUNGO, 2018; SØRENSEN, *et al*, 2012).

Não obstante, a multiplicidade de estudos acerca da PUA, é notória a falta de estudos sobre o conhecimento dos familiares, sobre essa doença. Assim foram definidos os seguintes objetivos: a) caracterizar o conhecimento dos familiares de pessoas com PUA; b) determinar as inter-relações entre a perceção da PUA e características sociodemográficas e clínicas. Pretende-se, deste modo, contribuir para o desenvolvimento de uma intervenção de promoção da literacia familiar onde as pessoas são agentes ativos na resolução dos

seus problemas, participando ativamente na transição saúde-doença.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal, exploratório e com um desenho descritivo-correlacional. Amostra de conveniência constituída por 200 familiares de pessoas com PUA, diagnosticadas há pelo menos um ano. A amostra foi selecionada de acordo com os seguintes critérios: i) idade igual ou superior a 18 anos; ii) familiar de uma pessoa com diagnóstico clínico de PUA (há pelo menos um ano); e iii) com capacidade de leitura e compreensão da língua portuguesa, independentemente da escolaridade.

O instrumento de colheita de dados, foi composto por três partes: a) Questionário sociodemográfico (inclui idade, sexo, anos de escolaridade, situação laboral/profissional, situação conjugal, se algumas das pessoas com quem vive tem PUA e, se sim, qual o grau de parentesco; b) Questionário sobre a perceção da PUA; e c) O Revised Illness Perception Questionnaire (IPQ-R), versão portuguesa, desenvolvida por Figueiras e Alves (2007), onde foi substituído a palavra "parceiro" do IPQ por "familiar". É um instrumento que avalia nove componentes da representação cognitiva e emocional da doença. Neste estudo foram analisadas quatro subescalas:

- Identidade (16 itens) - ideia que os familiares das pessoas com PUA têm da natureza da doença, o rótulo, doença em si, condição clínica, a sintomatologia associada à doença do familiar e as relações entre elas;
- Duração (aguda/crónica) (6 itens) - perceção que o familiar tem da duração dos problemas de saúde da pessoa com PUA, categorizados em agudos ou crónicos;
- Consequências (6 itens) - crenças relativas à gravidade da doença e o seu impacto no funcionamento físico, social e psicológico da pessoa com PUA;
- Coerência da doença (5 itens) - perceção do familiar sobre o sentido que tem a PUA e a compreensão dos sintomas associados;

A subescala identidade foi avaliada por um conjunto de 16 sintomas (dor inespecífica, dor muscular, náusea - vontade de vomitar, perda de apetite, perda de peso, fadiga, inchaço, tremores, cãibras, dor de cabeça, problemas de estômago, dificuldade em dormir, tonturas, perda de memória, irritabilidade e ansiedade). Alguns sintomas foram substituídos e outros adicionados, tendo em conta a especificidade da doença (PUA) que nos propusemos investigar. Assim, além de mantermos alguns sintomas habituais em situações de doença, tais como dor, náusea (vontade de vomitar), perda de peso, fadiga (cansaço), dor de cabeça, problemas de estômago, dificuldade em dormir, tonturas, abrangemos ainda outros sintomas relacionados com a abstinência da PUA, como dor muscular, perda de apetite, inchaço, tremores, cãibras, perda de memória, irritabilidade e ansiedade (American Psychiatric Association [APA], 2014; GIGLIOTTI; BESSA, 2008). Nesta subescala, colocámos dois itens suplementares, de resposta aberta, a fim dos participantes poderem

identificar outros sintomas que fossem específicos da dependência alcoólica. Desta forma, na subescala identidade, para cada item (sintoma), o participante deve responder a duas questões: “Desde o início da doença do meu familiar, que ele(a) tem tido este sintoma” e “Este sintoma está relacionado com a doença do meu familiar”. A resposta a estas questões é efetuada através de uma escala dicotómica sim (1)/não (0). A soma dos itens assinalados com sim (1), (sintomas considerados pelos participantes como relacionados com a doença), indica o valor da subescala identidade. Quanto maior for o valor determinado, mais forte é a identidade da doença.

As subescalas: duração (aguda/crónica), consequências, e coerência da doença, são cotadas numa escala tipo Likert de 5 pontos: 1 (discordo completamente), 2 (discordo), 3 (não concordo nem discordo), 4 (concordo) e 5 (concordo completamente). Na subescala consequências, quanto maior é o valor do score, mais grave é a perceção das consequências da doença. Na subescala duração aguda/crónica scores mais elevados, indicam uma perceção mais crónica da doença. A subescala coerência da doença scores mais elevados, indicam menor compreensão da doença. A análise da fidelidade do IPQ-R, nas subescalas, avaliadas neste estudo, foi calculada através do coeficiente Alpha de Cronbach, os valores situaram-se entre um mínimo de $\alpha=0,43$ (Consequências) e um máximo de $\alpha=0,83$ (Identidade).

Na realização deste estudo, foram respeitadas as normas éticas constantes na Declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo. A cada participante foi solicitado o consentimento informado e a participação voluntária, após esclarecimento sobre os objetivos do estudo, processo de colheita de dados, confidencialidade, anonimato e direito de abandonar o estudo sem qualquer penalização para o próprio.

.

RESULTADOS E DISCUSSÕES

A amostra é predominantemente do sexo feminino (72,0%, n=144), casada ou que vive em união de facto 71,0% (n=142) e trabalhadora (59,0%, n=118), porém há uma pequena percentagem desempregada (n=28, 14,0%) e reformada (n=40, 20,0%). A idade dos familiares, situa-se entre 18 e 84 anos, sendo a média de idades de 46,72 (DP=14,66) anos. No que diz respeito ao número de anos de escolaridade, existe uma variação de respostas entre: sem escolaridade (embora soubessem ler e escrever) e um máximo de 17 anos de escolaridade completos, registando uma média de 8,11 (DP= 4,32) anos.

Inquirimos os familiares sobre a situação de doença da pessoa com PUA, tipo de tratamento realizado, se tinham outros familiares com PUA, e qual o grau de parentesco. O interesse destas questões prende-se com a necessidade de conhecer o contacto prévio com a doença a nível familiar, para facilitar uma análise das suas possíveis repercussões nas variáveis em estudo, nomeadamente os conhecimentos úteis acerca da doença. Da análise dos resultados, constata-se que 61,5% (n=123) dos familiares respondeu que vive com alguém com PUA. Em relação ao grau de parentesco, são maioritariamente cônjuges

e companheiros que vivem em união de facto (63,4%, n=78) e, em segundo lugar, são filhos (21,1%, n=26). Apurámos ainda que 60% (n=120) dos familiares tinha, na família, uma pessoa com PUA e 16% (n=33) tinha, pelo menos, duas pessoas.

Os inquiridos referem que o seu familiar com PUA apresenta uma média de 14 anos de evolução da doença (DP=10,07, ampl.=1-35), que já teve recaídas (n=92) e em média teve dois internamentos (DP=2,85, ampl.=0-24). Relativamente ao período de abstinência existe uma variação entre uma semana e 20 anos (DP=3,34) com uma média de dois anos.

Com o intuito de avaliar os conhecimentos úteis que os familiares têm sobre a PUA, foram aplicadas algumas questões (semiestruturadas), sobre a doença. Uma vez que as questões, foram colocadas com possibilidade de resposta múltipla, os valores percentuais apresentados são de 100% para cada item de resposta. As respostas obtidas, foram agrupadas de acordo com a análise de conteúdo.

Quanto à questão "Qual o tipo de tratamento que pessoa com PUA realizou, ou está a realizar?", as respostas encontram-se na tabela 1.

Tabela 1: Distribuição das respostas de acordo com a realização de tratamento

Respostas sobre o tipo de tratamento	**Familiares (N=200)**	
	N	**%**
Medicamentos	143	40,9
Grupo de autoajuda	83	23,7
Atividades psicoterapêuticas	80	22,9
Medicina alternativa	9	2,6
Não sabe	21	6,0
Nenhum	14	4,0
Outros	0	0,0

Nota: 21,4% (n=75) dos familiares indicaram dois tipos de tratamento.

Fonte: Os autores.

Da análise dos resultados apresentados na tabela 1, verifica-se que 6% dos familiares não sabia qual o tipo de tratamento que o seu familiar estava a realizar, e 4% respondeu que o seu familiar não fazia nenhum tratamento. A maioria da amostra, afirmou que o tratamento era à base de medicamentos (40,9%), o que nos leva a concluir que têm uma fraca perceção daquilo em que consistia o tratamento. Dada a complexidade da PUA, o tratamento requer intervenções, não só ao nível da etiologia, mas também das implicações sociais, profissionais e familiares (O'BRIEN, 2011; SILVA; SOUSA; CARVALHO, 2021).

Pareceu-nos relevante saber se frequentavam grupos de autoajuda, já que são considerados uma das formas de tratamento mais prevalente, com 48% dos participantes a referir que não frequentava estes grupos. Alguns estudos mostram que estes grupos são eficazes na ajuda que proporcionam aos seus membros, em obter maiores níveis de

bem-estar e de recuperação (ALVAREZ *et al*., 2012; VALENTIM; SANTOS; PAIS-RIBEIRO, 2017). De notar, que 39,1% dos inquiridos tinha tido conhecimento do grupo de autoajuda, através de um técnico de saúde. Estes resultados sugerem a necessidade de um maior investimento na divulgação pública, através dos meios de comunicação (rádio, televisão, jornal e outros) e, obviamente, através dos próprios grupos de autoajuda e dos profissionais de saúde.

Relativamente à questão: "O seu familiar com PUA costuma ficar doente fisicamente como resultado da bebida?" (p. ex., vomitar, cãibras no estômago) e "Se sim, como?", as respostas encontram-se na tabela 2.

Tabela 2: Distribuição das respostas de acordo com a pessoa com PUA ficar doente fisicamente

Problemas de saúde como resultado da bebida	**Familiares (N=200)**	
	n	**%**
Sim	103	51,5
Não	57	28,5
Não sabem	27	13,5
Não respostas (*missing values*)	13	6,5
Respostas sobre os problemas de saúde	**n**	**%**
Problemas de estômago (náuseas, vómitos, dor, pirose, …)	79	38,7
Mal-estar geral	14	6,9
Dor (muscular, de cabeça, generalizada)	9	4,4
Cansaço/astenia	10	4,9
Tremores	8	3,9
Problemas intestinais (diarreia, cólicas)	3	1,5
Quedas/falta de equilíbrio	6	2,9
Diminuição da memória	1	0,5
Problemas de fígado	4	2,0
Insónias	0	0,0
Crises epiléticas	4	2,0
Cãibras	7	3,4
Perda de consciência	6	2,9

Fonte: Os autores.

A maioria dos inquiridos afirmou que costumava ficar doente fisicamente, contudo, 28,5% respondeu que o seu familiar com PUA não ficava doente fisicamente e 13,5% não soube responder. Relativamente aos problemas de saúde, destacam-se os problemas de estômago (38,7%) (Tabela 2).

Para obtermos informação sobre outros problemas de saúde (comorbilidades), perguntámos aos participantes, se a pessoa com PUA tinha outros problemas de saúde e quais (Tabela 3).

Tabela 3: Distribuição das respostas de acordo com outros problemas de saúde

Outros problemas de saúde	Familiares (N=200)	
	n	%
Não	67	33,5
Sim	100	50,0
Não sabe	23	11,5
Não respostas (*missing values*)	10	5,0
Respostas sobre outros problemas de saúde	**n**	**%**
Perturbações do fígado (cirrose hepática, hepatite C e B)	16	11,6
Doenças cardiovasculares (hipertensão arterial, angor, arritmia)	27	19,7
Perturbações mentais (depressão, doença bipolar, demência, esquizofrenia, perturbação da personalidade, psicose, ansiedade)	20	14,6
Perturbações gastrointestinais (hérnia estômago, esófago, úlcera estômago e duodenal, alterações intestinais)	6	4,4
Doenças da medula espinhal (hérnia discal, espondilose)	8	5,8
Doenças do aparelho respiratório (bronquite, DPOC, asma brônquica)	10	7,3
Perturbações hormonais (Diabetes *mellitus*, alterações da tiroide)	21	15,3
Outras dependências (tabaco, benzodiazepinas, metadona, cannabis, outras drogas ilegais)	5	3,6
Doenças do cérebro e do sistema nervoso (alterações neurológicas, angioma cerebral, AVC, epilepsia)	4	2,9
Outras (poliomielite, perturbações do rim e das vias urinárias, tumores, dermatite, psoríase, HIV+, alergias, fibromialgia, doenças articulares, osteoporose, anemia; alteração da coagulação e hipercolesterolemia).	20	14,6

Nota: 13,1% (n=18) dos familiares apontaram duas respostas quanto à pessoa com PUA ter outras doenças.

Fonte: Os autores.

Cerca de 50% dos inquiridos respondeu haver comorbilidade, embora um pequeno grupo (11,5%) tenha afirmado que não sabia. Estes resultados poderão estar associados a um deficiente conhecimento das consequências da dependência alcoólica, por parte destas pessoas, ou, por outro lado, poderão estar a evitar ou a minorar sentimentos, como a angústia, para, posteriormente, encontrar o equilíbrio inicial (RALSTON *et al*., 2013; SANCHES; VECCHIA, 2020). Aos que responderam afirmativamente a outros problemas de saúde, referiram sobretudo, as perturbações do fígado, as doenças cardiovasculares e as perturbações mentais (Tabela 3). A PUA é responsável por muitos dos problemas que afetam os indivíduos, com graves consequências, tanto físicas como psíquicas (SANCHES; VECCHIA, 2020).

Questionámos os familiares sobre o motivo que levou a pessoa com PUA a beber em excesso. Os resultados obtidos são apresentados na tabela 4.

Tabela 4: Distribuição das respostas de acordo com o consumo de álcool em excesso

Respostas de acordo com o consumo de álcool em excesso	Familiares (N=177)	
	n	%
Stresse ou preocupação	45	25,4
Influência de companhias e ambientes	35	19,8
Estado emocional	18	10,2
Problemas familiares ou preocupações	27	15,3
Sensações e experiências associadas à bebida	5	2,8
Falta de ocupação e/ou emprego	10	5,6
Substituição de drogas ilícitas	3	1,7
Aspetos associados à PUA	6	3,4
Personalidade	11	6,2
Hereditariedade	5	2,8
Não sabe	24	13,6
Nota: 3,4% (n=6) dos familiares indicaram dois fatores relacionados com beber em excesso**.**		

Fonte: Os autores.

Os familiares consideram que o stresse ou preocupação, e a influência de companhias e ambientes são as principais razões que provocaram o consumo de álcool. Destaca-se ainda o facto dos inquiridos desconhecerem os motivos que levaram os seus familiares a beber em excesso (13,6%) (Tabela 4).

Perguntámos se relacionavam as recaídas do seu familiar com algum acontecimento e, se sim, com qual. Os resultados são apresentados na tabela 5.

Tabela 5: Distribuição das respostas de acordo com o que o fazia manter a abstinência

Relação das recaídas com algum acontecimento	Familiares (N=200)	
	n	%
Não relacionam nenhum acontecimento	45	22,5
Não sabem	73	36,5
Relacionam com algum acontecimento	53	26,5
Não respostas (*missing values*)	29	14,5
Respostas que relacionam acontecimento(s) com as recaídas	**n**	**%**
Stresse ou preocupação	5	9,4
Deceções/desilusões/frustrações/perdas	6	11,3
Estado emocional	10	18,9
Interação social	4	7,5
Desemprego/falta de ocupação	4	7,5
Problemas familiares	12	22,6
Solidão/Não se sentir integrado na sociedade	4	7,5
Pensar que podia controlar a doença	1	1,9
Gostar de beber	1	1,9
Outros	9	17,0
Nota: 5,7% (n=3) dos familiares indicaram dois fatores relacionados com a recaída**.**		

Fonte: Os autores.

A maioria dos familiares (36,5%) refere que não sabe e uma percentagem significativa (26,5%) relaciona a recaída, sobretudo, com problemas familiares e estado emocional (Tabela 5).

Perguntou-se se acreditavam que existia algo que ajudasse a pessoa com PUA a manter a abstinência e, se sim, o quê. Os resultados são apresentados na tabela 6.

Tabela 6: Distribuição das respostas de acordo com o que o fazia manter a abstinência

Relação da abstinência com algum acontecimento	**Familiares (N=200)**	
	n	**%**
Há relação de acontecimento(s) com a abstinência	127	63,5
Não sabe	6	3,0
Não há relação de acontecimento(s) com a abstinência	19	9,5
missing values	48	24,0
Respostas sobre o que faz manter a abstinência	**n**	**%**
Força de vontade	30	23,6
Bom ambiente familiar/apoio familiar e de amigos	44	34,6
Apoio de técnicos e adesão/ gestão do tratamento	33	26,0
Saúde e Bem-estar	23	18,1
Grupos de autoajuda	20	15,7
Desenvolvimento pessoal/estado emocional	9	7,1
Ter trabalho/ocupação	8	6,3
Evitar locais onde se bebe, festas e companhias	2	1,6
Ajuda de um Ser Superior	2	1,6

Nota: 8,2% (n=29) das pessoas com PUA e 17,3% (n= 22) dos familiares indicaram dois fatores relacionados com a abstinência.

Fonte: Os autores.

A maioria dos familiares referiu acreditar que existia algo que ajudasse a pessoa com PUA a manter a abstinência (63,5). Grande parte das respostas, incidiu no bom ambiente familiar/apoio familiar e de amigos (34,6%) e, ainda, no apoio de técnicos e adesão/gestão do tratamento (26,0%). No entanto 9,5% dos familiares acredita que não existe nenhum facto ou acontecimento que ajude a manter a abstinência (Tabela 6). Uma das formas de controlar a PUA é manter a abstinência e, neste sentido, é importante o papel da família na recuperação do indivíduo com PUA (KOURGIANTAKIS; ASHCROFT, 2018).

Nas subescalas do IPQ-R realizámos uma análise descritiva. Relativamente à identidade da PUA, dos sintomas experienciados pela pessoa com PUA e observados pelos familiares (desde o início da dependência alcoólica), os mais referidos foram: irritabilidade (74,5%), ansiedade (72%), fadiga/cansaço (69%), dificuldade em dormir (64%), tremores (63%) e perda de apetite (63%). Quanto à opinião dos familiares sobre os sintomas relacionados com a dependência alcoólica, os mais frequentes foram igualmente a irritabilidade (77%), ansiedade (72,5%), tremores (69%), fadiga/cansaço (68,5%) e dificuldade em dormir (65%).

Quanto à inserção de novos sintomas (presentes desde o início da doença e com ela relacionados), 38 inquiridos (19%) incluíram mais um sintoma, que, segundo 37 indivíduos (18,5%), também estava relacionado com a dependência alcoólica, destes 29,7% referiram a agressividade, 10,8%, a epilepsia e 8,1%, os ataques de pânico e a depressão/ansiedade.

Como era espectável, a correlação, entre os sintomas experienciados (desde o início da dependência alcoólica) e os sintomas relacionados com a dependência alcoólica (identidade), é positiva, forte e estatisticamente significativa (r=0,73, p<0,0001).

Estes resultados são, em certa medida, coincidentes com os apresentados na Classificação Internacional de Doenças (CID-11) da OMS (2022) ou no Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5), da American Psychiatric Association (APA, 2014), onde os sintomas de abstinência são apresentados como sintomas neuromusculares (tremores), digestivos (perda de apetite, podendo estar relacionada com náuseas ou vómitos) e psíquicos (ansiedade, humor depressivo, irritabilidade). Estes sintomas são ainda associados por outros autores à identidade da dependência alcoólica (GIGLIOTTI; BESSA, 2008).

Na tabela 7, apresentamos os resultados da análise descritiva para as diferentes componentes do IPQ-R e subescalas de atribuições causais.

Tabela 7: Variação de resultados, mínimo, máximo, média, desvio padrão e *score* médio das subescalas do IPQ-R

Subescalas do IPQ-R	Nº itens	M	DP	Score médio (M / n.º itens)
Identidade	16	9,60	4,63	*
Duração (aguda/crónica)	6	21,84	6,07	3,64
Consequências	6	25,06	5,76	4,18
Coerência da doença	5	12,65	3,71	2,53

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

Fonte: Os autores.

Verificámos que os familiares percecionam, uma identidade moderada da doença, através de alguns sintomas a ela associados (Tabela 7). O facto, de as comorbilidades serem comuns entre as pessoas com PUA (APA, 2014; WHO, 2018) pode levar a uma identidade reduzida de sintomas específicos da doença. Não podemos deixar de mencionar que 50% dos familiares referem outros problemas de saúde, nomeadamente, perturbações do fígado, doenças cardiovasculares, perturbações mentais e perturbações gastrointestinais.

No que respeita à durabilidade, explicam-na como crónica e constante ao longo da vida. Sabe-se que a PUA é uma doença crónica, com vários momentos de recaída (O'BRIEN, 2011; SILVA; SOUSA; CARVALHO, 2021). Verificámos ainda que os familiares têm uma perceção negativa sobre as consequências da PUA, considerando-a uma doença grave, que afeta seriamente a sua própria vida, e a vida dos que lhes são próximos. Além disso, os resultados demonstram que eles compreendem parcialmente a PUA e as suas implicações (*coerência*).

Estudou-se ainda a correlação (*Pearson*) entre as subescalas do IPQ-R, a idade, os anos de escolaridade e as variáveis clínicas (Tabela 8).

Tabela 8: Correlação de *Pearson* entre as subescalas do IPQ-R e a idade, anos de escolaridade, tempo de dependência alcoólica do familiar e número de recaídas

Subescalas do IPQ-R	Idade	Anos de escolaridade	Tempo de diagnóstico (anos)	Número de recaídas
Identidade	-0,04	-0,15	0,08	0,35*
Duração (aguda/crónica)	0,08	0,14	0,44**	0,30*
Consequências	-0,04	0,18*	0,00	0,26
Coerência da doença	0,09	-0,12	-0,12	-0,01

*Correlações significativas, p <0,05; **Correlações significativas, p <0,01.

Fonte: Os autores.

Pode-se observar na tabela 8, que os familiares com mais escolaridade têm uma perceção da PUA com consequências mais graves. Neste sentido os inquiridos ao terem uma maior perceção das consequências da PUA poderão sentir mais necessidade de procurar ajuda. Alguns estudos mostram que uma maior escolaridade tem sido associada a uma maior capacidade em procurar ajuda adequada e em articular recursos em prol das necessidades (ANAUT, 2005; VINTÉM, 2008).

Sendo o presente estudo transversal, a avaliação das variáveis foi realizada num único momento temporal, não sendo possível captar as influências de certos eventos vitais na perceção de cada participante. Neste sentido, há a necessidade de um maior esclarecimento, através de estudos prospetivos e longitudinais. Nos estudos longitudinais, sugerimos que se investigue a perceção da PUA, em clientes e familiares, noutros momentos da doença, como, por exemplo, no início e no fim do tratamento, podendo esta perceção ser influenciada com o número de internamentos e a gravidade da doença. Além disso, parece-nos que se beneficiaria em alargar o presente estudo às pessoas com PUA, dando origem a outro de carácter quasi-experimental, onde fossem implementadas intervenções promotoras da literacia familiar e analisada a sua efetividade nos padrões de resposta de pessoas com PUA e seus familiares.

CONCLUSÃO

A existência de doenças causa impactos muito variáveis em toda a família, e influencia a evolução dos processos de saúde-doença dos seus elementos. Frequentemente, os familiares são os primeiros a procurar ajuda junto de instituições especializadas, dada a resistência que ainda predomina nas pessoas com dependência alcoólica.

Os resultados da presente investigação permitiram concluir que: a) a maioria da amostra é composta por mulheres, vive com parceiro, tem atividade profissional e apresenta baixo nível de escolaridade (mensurado em anos de formação escolar); b) a trajetória de contacto com PUA é longa para a maioria dos participantes; c) a irritabilidade, ansiedade, tremores e fadiga/cansaço, foram os sintomas que mais se relacionavam com a PUA; d)

no geral, apresentaram uma identidade moderada da PUA e referiram que era uma doença crónica com consequências negativas. Porém, mostraram pouca compreensão da doença.

A PUA instala-se de modo lento e insidioso, o que, por vezes, torna difícil de compreender a sua evolução. É, por isso, fundamental conhecer as diferentes etapas da doença, uma vez que isso, poderá ajudar a família a compreender melhor o que é a PUA e a tornar mais eficaz os cuidados que lhes são prestados. Neste processo de vivência com a PUA, a família desempenha um papel primordial na readaptação da sua estrutura e funcionamento. A família, enquanto unidade-foco da prestação de cuidados de saúde, é um conceito relativamente recente, embora este conceito tenha surgido há mais de um século. Considerando ainda a importância do apoio familiar, o conhecimento que os elementos da família têm acerca da doença, são fundamentais.

Promover a literacia dos familiares sobre a PUA poderá influenciar o seu comportamento perante a mesma e, obviamente, influenciar também a forma como procurar ajuda, apoio social, adesão a grupos de autoajuda ou ao próprio tratamento e, consequentemente, a eficácia do mesmo. Nesse sentido, os familiares podem prestar um apoio mais imediato nas fases de crise. Defende-se aqui uma abordagem sistémica do cuidado à família para garantir cuidados eficientes. Sugerem-se neste âmbito, estratégias de intervenção, das quais se destacam as intervenções psicoeducativas e de carácter cognitivo-comportamental, assim como o envolvimento dos familiares no tratamento farmacológico e socioterapêutico (grupos de autoajuda). Enfatiza-se a relação de ajuda terapêutica, uma vez que tem um papel preponderante na identificação de crenças, motivações, dificuldades e apoios que possam transformar as ameaças em desafios e promover comportamentos adaptados.

Tendo em conta os resultados observados, outra sugestão relevante passa pela criação de programas de apoio para familiares de pessoas com PUA com recurso a estratégias *m-health* na promoção da literacia familiar.

DECLARAÇÃO DE INTERESSES

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

REFERÊNCIAS

ALVAREZ, S. Q. *et al*. Grupo de apoio/suporte como estratégia de cuidado: importância para familiares de usuários de drogas. **Revista Gaúcha de Enfermagem,** v.33, p.102-108, 2012.

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION [APA]. **DSM-5: Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais** (5ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores, 2014.

ANAUT, M. **A resiliência. Ultrapassa os traumatismos**. Clipmepsi. Lisboa. 2005.

BORTOLON, C., *et al*. Six-Month Outcomes of a Randomized, Motivational Tele-intervention for Change in the Codependent Behavior of Family Members of Drug Users. **Substance use & misuse**, v.52, n.2, p 164-175, 2017.

DIAS, M. O. Um olhar sobre a família na perspetiva sistémica o processo de comunicação no sistema familiar. **Gestão e Desenvolvimento**, v.19, p. 139-156, 2011.

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

GIGLIOTTI, A.; BESSA, M. Síndrome de dependência do álcool. Critérios de diagnóstico. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v.26, p. 11-13, 2008.

GIUSTO, A.; PUFFER, E. A systematic review of interventions targeting men's alcohol use and family relationships in low- and middle-income countries. **Global Mental Health**, v.5, E10, 2018.

KOURGIANTAKIS, T.; ASHCROFT, R. Family-focused practices in addictions: a scoping review protocol. **BMJ open**, v.8, n.1, e019433, 2018.

MCCRADY, B. S.; FLANAGAN, J. C. The Role of the Family in Alcohol Use Disorder Recovery for Adults. **Alcohol research: current reviews**, v.41, n.1, p. 06, 2021.

MEJÍA-TRUJILLO, J. Distintas familias, distintos consumos: relación de las dinámicas familiares con el consumo de alcohol en adolescentes en Colombia. **Hallazgos,** v.14, n.28, p. 63-82. 2017.

MUHANGA, M. I.; MALUNGO, J. R. Health Literacy and Some Socio-Demographic Aspects under One Health Approach in Eastern Tanzania: Connections and Realities. **Urban Studies and Public Administration**, v.1, n.1, p. 89-100, 2018

O'BRIEN, M. T. An evaluation of a screening and brief intervention pilot project for hazardous and harmful drinkers within the accident and emergency department of Manchester Royal Infirmary. **Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing**, v.18, p. 440-448, 2011.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE [OMS]. **Classificação dos Transtornos Mentais e de Comportamento da CID – 11**. Artes Médicas: Porto Alegre, 2022.

RALSTON, T. E.; PALFAI, T. P.; RINCK, M. The influence of depressed mood on action tendencies toward alcohol: The moderational role of drinking motives. **Addictive Behaviors**, v.38, p. 2810-2816, 2013.

SANCHES, L. R.; VECCHIA, M. D. Reabilitação psicossocial e inclusão social de pessoas com problemas decorrentes do uso de álcool e outras drogas: impasses e desafios. **Epub,** 2020. ISSN 1807-5762.

SILVA, M. J. V.; SOUSA, S. N. V.; CARVALHO, C. R. Impacto do alcoolismo na vida social e familiar. **REVISA,** v.10, n.3, p. 481-92. 2021

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, 2012.

WORLD HEALTH ORGANIZATION [WHO]. **Global Status Report on Alcohol and Health.** Geneva: World Health Organization. ISBN 978-92-4-156563-9, 2018.

VALENTIM, O. S.; SANTOS, C.; PAIS-RIBEIRO, J. P. Grupos de autoajuda: a perceção de gravidade do alcoolismo, da saúde física e mental. **Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental**, v. Spe. 5, p. 93-97, 2017.

VINTÉM, J. M. Inquéritos Nacionais de Saúde: auto-percepção do estado de saúde: uma análise em torno da questão de género e da escolaridade. **Revista Saúde Publica***,* v.6, p. 5-18, 2008.

Índice Remissivo

A

Acesso à saúde 72, 76, 84, 86
Acolhimento de enfermagem 40, 42, 43, 48
Adesão aos tratamentos 10
Administração de medicação intravenosa 146
Alfabetização 163
Assistência integral à saúde 89
Atentado aos direitos e liberdades 125
Autoeficácia do cuidador 53, 55, 56, 65, 67

B

Backgrounds culturais e religiosos 21
Boas práticas de cuidar 111, 114

C

Cateterismo periférico 147
Cateterização venosa periférica 147, 149, 151, 154
Cateter venoso periférico (cvp) 146
Cidadania 7, 12, 72, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 84, 85, 86, 87, 112, 114, 115, 119, 123
Cidadania e saúde 72, 75, 79, 87
Cidadania (in)visível em saúde 72, 74
Cidadão 12, 17, 72, 74, 75, 76, 84, 86, 87
Competência 10
Comportamento 89, 175
Comunicação terapêutica 40, 46
Conceitos de sexualidade 111, 113
Conflitos 10, 19, 36, 48, 50, 67, 87, 121, 137, 141, 157, 174
Consciência dos direitos, deveres 72
Crenças 10, 11, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 29, 31, 32, 36, 45, 55, 56, 95, 98, 105, 113, 135, 164, 165, 174
Cuidado de enfermagem 40, 41, 43, 44, 45, 49, 50, 55, 61, 123
Cuidado de saúde culturalmente competente 10
Cuidador 14, 15, 23, 27, 36, 46, 47, 51, 53, 54, 55, 56, 57, 59, 60, 65, 68, 69, 71
Cuidados de saúde 10, 12, 13, 15, 17, 18, 27, 32, 33, 34, 35, 40, 41, 43, 45, 46, 47, 49, 51, 55, 75, 77, 78, 82, 85, 86, 90, 93, 99, 100, 121, 135, 156, 164, 174
Cultura 10, 17, 21, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 33, 34, 35, 36, 75, 97, 114, 116, 117, 118, 119, 127, 129, 134, 136
Cultura e saúde 21

D

Debate social 72, 74
Desafios aos enfermeiros 21

Desafios aos profissionais de saúde 10
Desenvolvimento dos cidadãos 89, 92
Desenvolvimento sustentável 89, 91, 92, 122
Dimensão holística 89, 92, 107
Direito à integridade física e psicológica 125
Direitos humanos 37, 111, 113, 114, 119, 125, 140, 141
Direitos humanos fundamentais 111, 114
Direitos sexuais 111, 113, 115, 116, 120, 123, 124
Diversidade cultural 10, 27
Diversidade (sexual e de género) 111

E

Educação em enfermagem 111, 114, 152
Educação em saúde (es) 89
Educação e promoção em saúde 21
Educação para a sexualidade 111, 114, 117
Enfermagem 10, 20, 21, 22, 23, 24, 26, 37, 38, 39, 40, 43, 46, 50, 51, 52, 53, 70, 71, 72, 108, 111, 112, 115, 118, 119, 121, 122, 125, 145, 146, 147, 148, 155, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 174, 176
Enfermagem de saúde infantil 21, 23, 24, 27
Enfermagem transcultural 21, 26
Enfermeiro e equipe de saúde 40
Enfermeiro e família 40
Era da diversidade 10
Estilos de vida 10, 26, 74, 77, 81, 89, 94, 95, 96, 97
Estudos em enfermagem 111, 113
Experiência pedagógica 111, 113

F

Familia 163
Famílias no serviço hospitalar de emergência 40

G

Gestão do stresse 53, 56, 60, 65

I

Igualdade da mulher 125
Indicadores de saúde 10, 101, 121
Intervenção de enfermagem 42, 43, 47, 49, 50, 53, 55, 56, 61, 65, 67, 164

M

Melhores oportunidades de vida 10
Migração no mundo 10
Mudanças sociais 10, 97, 117
Mutilação genital feminina 125, 127, 128, 142, 143

N

Natureza sexuada do ser humano 111
Normas sociais 10

P

Perturbação do uso do álcool (pua) 162, 164
Pirâmide terapêutica de cuidados 40
Pobreza 10, 11
Populações migrantes 10
Prática profissional 147
Práticas de higiene 10
Práticas de saúde 10, 32, 33, 34, 36, 79
Prevenção 21, 34, 35, 43, 47, 89, 91, 92, 93, 94, 96, 104, 118, 141, 146, 148, 149, 156, 157, 158, 160, 164
Problemáticas de saúde 10
Problemáticas individuais, familiares e comunitárias 21
Processo de acolhimento 40, 42, 46, 47, 48, 49
Processo de cuidar 10
Processo holístico 89, 98
Processos de construção da cidadania 72, 74
Processos de saúde/doença 10
Programa psicoeducativo 53, 56, 65, 67
Programas psicoeducacionais 163

Q

Qualidade de vida 47, 89, 92, 114, 119

R

Refúgio 10
Rejeição a procedimentos 10

S

Saúde infantil 21
Saúde mental e psiquiátrica 163
Saúde pública 86, 125, 127, 162
Saúde pública 37, 89, 92, 104, 108
Saúde sexual 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 123, 124
Sem-abrigo 7, 20, 72, 73, 74, 76, 77, 78, 79, 80, 82, 84, 86, 87, 88
Serviço hospitalar de emergência 40, 42, 43, 44, 46, 47, 49, 50
Singularidades culturais 10
Sociedades saudáveis 89, 90, 92
Stresse de pearlin 53, 54
Stressores primários 53, 58, 61, 63
Stressores secundários 53, 59

T

Tradições 10, 23, 32, 36, 126, 137, 139, 140
Transtorno do uso de álcool 163

V

Valores 10, 22, 24, 25, 26, 27, 29, 33, 36, 45, 61, 65, 66, 89, 93, 95, 102, 103, 104, 105, 107, 108, 114, 118, 139, 140, 141, 166, 167
Violência 125, 141

EDITORA
OMNIS SCIENTIA

editoraomnisscientia@gmail.com
https://editoraomnisscientia.com.br/
@editora_omnis_scientia
https://www.facebook.com/omnis.scientia.9
+55 (87) 9656-3565

EDITORA
OMNIS SCIENTIA

editoraomnisscientia@gmail.com
https://editoraomnisscientia.com.br/
@editora_omnis_scientia
https://www.facebook.com/omnis.scientia.9
+55 (87) 9656-3565