

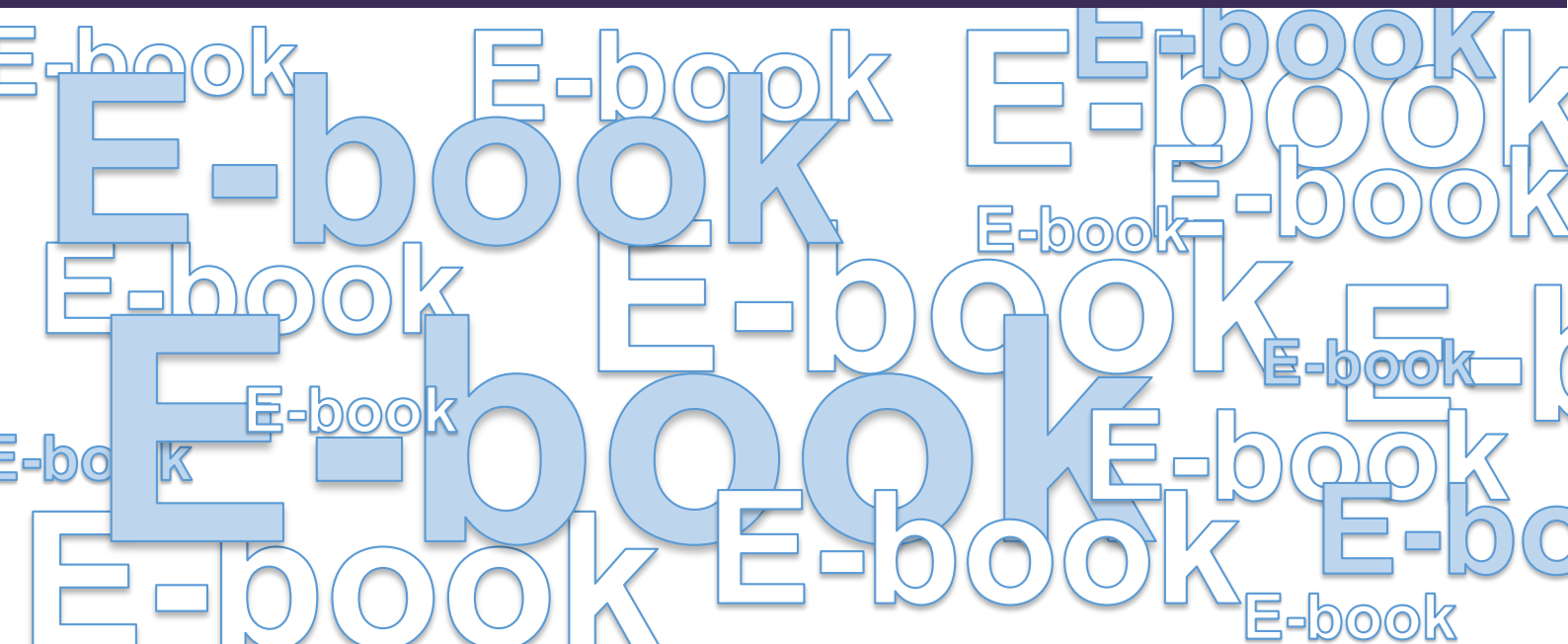
«Saber mais,
fazer melhor!»



XII CONGRESSO INTERNACIONAL DA ASPESM

IV SEMINÁRIO INTERNACIONAL
DE INVESTIGAÇÃO EM
SAÚDE MENTAL
27 OUTUBRO

27 a 29 Outubro
Auditório Municipal - **Felgueiras**



EDIÇÃO E PROPRIEDADE:

A SOCIEDADE PORTUGUESA DE ENFERMAGEM DE SAÚDE MENTAL

TÍTULO: *E-book*: XII Congresso Internacional da ASPESM

Sub-Título: Saber mais, fazer melhor

COORDENAÇÃO DA EDIÇÃO:

Carlos Sequeira

José Carlos Carvalho

Luís Sá

Paulo Seabra

Mafalda Silva

Odete Araújo

COMISSÃO EDITORIAL:

Bruno Santos

Francisco Sampaio

Lia Sousa

Luís Silva

Divulgação: ASPESM - www.aspesm.org

Suporte: *E-book* (formato. pdf)

ISBN 978-989-54826-4-1



Nota: Todos os artigos publicados são propriedade d'ASPESM, pelo que não podem ser reproduzidos para fins comerciais, sem a devida autorização da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental.

A responsabilidade pela idoneidade e conteúdo dos artigos é única e exclusiva dos seus autores. A opção do texto com o novo acordo ortográfico ficou a cargo de cada autor.

Citação - APA Style:

Sequeira, C., Carvalho, J.C., Sá, L., Seabra, P., Silva, M. & Araujo, O. (Eds.) (2021). IX Congresso Internacional ASPESM: Saúde mental para todos. Porto: ASPESM.

Conteúdos

Necessidades de um cuidador informal de uma utente com demência: análise de cenário de supervisão clínica em enfermagem.....	11
Surto psicótico: itinerário fenomenológico da narrativa à descrição dos significados da experiência vivida.....	19
A técnica do átomo social para a identificação dos papéis sociais e dos vínculos afetivos.....	26
Satisfação Sexual, Crenças e Atitudes na população masculina em Portugal.....	35
Uma aposta no azar - Revisão e Abordagem ao Jogo Patológico.....	47
Saúde mental nos cuidadores de doentes com demência.....	54
Impacto da afasia de expressão na identidade pessoal, atitudes e sentimentos.....	60
Migração e Depressão – Quando a Crise se Perpetua.....	68
A censura de sofrer! – Revisitar o conceito do luto desautorizado.....	73
“Primeiro eu”: Programa de saúde mental positiva com enfermeiros: dados preliminares.....	81
Recensão Crítica do artigo científico: “Nursing Theory in Virtual Care”.....	90
A Família Portuguesa e a Esquizofrenia: Uma revisão das diferentes Intervenções Psicoeducativas.....	100
Transculturalidade na Psiquiatria.....	112
A saúde mental de crianças requerentes de asilo na Europa: estudo exploratório num campo de refugiados.....	119
A importância das relações precoces e da vinculação no desenvolvimento humano e na psicopatologia.....	128
Impacto da formação Mais Contigo nos conhecimentos acerca dos comportamentos suicidários nos adolescentes.....	138
A Sistematização da Assistência de Enfermagem na saúde mental.....	149
Perturbação do Uso de Álcool e Saúde Mental Positiva durante o confinamento.....	158
Barreiras e perspectivas de acesso ao tratamento de mulheres usuárias de crack.....	166
Impacto do COVID-19 nos Enfermeiros: burnout, ansiedade e depressão.....	175
O enfermeiro como protagonista na prevenção do suicídio: uma proposta de capacitação para a atenção primária.....	185
Promoção da saúde e bem-estar em teletrabalho.....	195

INTRODUÇÃO

A disponibilização deste e-book, como um dos veículos para a disseminação do conhecimento partilhado durante o **XII Congresso Internacional da Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental (ASPEMS)** é para nós um momento importante. Dá a oportunidade a quem não participou, de se inteirar de alguns dos trabalhos ali apresentados. Este ano, e após várias “vagas” da Covid19, a ASPESM voltou aos congressos presenciais ainda que num formato misto, permitindo a participação pela via on-line. Pode dizer-se que foi por resiliência, por saudades do reencontro (saúde mental também precisa disto) mas para persistir na procura de oportunidades para promover a partilha de conhecimentos.

Este ano com o título “**Saber mais, fazer melhor**”, em Felgueiras, mas com participantes em suas localidades em Portugal, no Brasil, em Espanha, recentrou-se a necessidade dos profissionais de saúde mental, procurarem o conhecimento, apropriarem-se dele, discuti-lo, para depois poder responder efetivamente às necessidades das populações. No ano em que a Organização Mundial de Saúde declarou como o “Ano Internacional dos Trabalhadores de Saúde e Cuidadores”, reconhecendo a sobrecarga e a responsabilidade que recai sobre estes pelo peso global da doença, exponenciado pela pandemia da Covid19, a ASPESM, desafiou e procurou um programa que também respondesse a esse desígnio. Integrou-se temas como a construção de respostas centradas no cidadão, discutiu-se as estratégias metodológicas para “fazer melhor”, os desafios em saúde mental, assim como, abriu-se à discussão frontal entre representantes dos cuidadores e os enfermeiros da área da saúde mental.

O congresso, que integra uma comunidade cada vez mais heterogéna em termos de formação profissional, permite-nos observar cada vez mais a riqueza da investigação que se vai produzindo em saúde mental, assim como, a qualidade do trabalho que diariamente se vai construindo nas comunidades, nacional e internacionalmente.

Apresentando este e-book, os leitores tomam conhecimento de alguns trabalhos científicos apresentados no congresso. Não deixando sublinhar a discussão de boas as práticas em Enfermagem de Saúde Mental e a investigação nesta área, as temáticas são de grande riqueza e variedade. Veja-se os artigos sobre praticas pedagógicas em enfermagem de saúde mental com cuidadores, abordagens com diferentes populações e problemáticas de que se destaca, as questões da sexualidade, a saúde mental de quem cuida, os comportamentos aditivos problemáticos, a transculturalidade e migrações, o acesso aos cuidados e o cuidado virtual, a prevenção do suicídio, a saúde mental positiva e por fim, a saúde dos enfermeiros numa era “quase” pós Covid19.

Mas para além dos artigos aqui apresentados, e de forma a estimular a participação, destacamos outras temáticas que constaram no programa: A construção de programas estruturados em resposta a necessidades específicas; a promoção da saúde mental em múltiplos contextos e com diferentes populações; as sinergias com recursos tecnológicos no cuidado em saúde mental, a gestão de unidades e cuidados em saúde mental, incluindo as dotações seguras; estratégias de suporte para com a Covid19 em diferentes populações e o suporte aos profissionais; instrumentos de medida; intervenções complementares, etc. Concluindo, parece-nos que se está a evoluir para uma descentralização do vasto campo de ação da enfermagem de saúde mental e psiquiátrica.

Os e-books dos congressos e as revistas estão disponíveis em <http://www.aspesm.org/>.

Leia, partilhe, discuta e participe em todos os eventos dinamizados pela ASPESM.

Agradecemos à Câmara Municipal de Felgueiras, a parceria para para este evento e agradecemos o patrocínio científico da Janssen-Cilag farmacêutica Lda e da Lundbeck Portugal. Apoios importantes para prosseguirmos naquela que é a missão da ASPESM.

TEMÁTICAS DO EVENTO

CURSOS PRÉ-CONGRESSO

Sala 1 (09.30-13.00)

Moderador: Lara Pinho (UÉvora) & Marcela Muniz (UFF-Brasil)

Programa de intervenção no primeiro surto psicótico

Assertive Community Treatment

Marta Gouveia (CHTV)

Sala 1 (14.30-17.00)

Moderador: Regina Pires (ESEP) & Purificação Oliveira (HML)

Dinamização de intervenções em Grupo em Saúde Mental

Delmina Afonso & Leonilde Maria da Silva Pereira (HML)

II CICLO DE CONFERÊNCIAS

Moderador: Adília Fernandes

Fragilidade e demências em idosos | José C. Millán Calenti (Universidade da Coruña)

Sexualidade, Intimidade e Comportamento sexual na demência/velhice | Cláudia Feio (Universidade Federal do Recôncavo da Bahia)

Demência e funcionalidade familiar: impactos na saúde mental do cuidador | Célia Pereira Caldas (Universidade do Estado do Rio de Janeiro)

IV SEMINÁRIO INTERNACIONAL DE INVESTIGAÇÃO EM SAÚDE MENTAL

27 de outubro

Auditório

Mesa 1 (09-30-11.00)

Moderadores: Marcos Santos (UFES-Brasil) & Catarina Tomás (IPL)

1. Literacia e Saúde mental dos estudantes do Ensino Superior | José Carlos Carvalho, Regina Pires, Carlos Sequeira & Isilda Ribeiro (ESEP)

2. Características de um programa de formação de primeira ajuda em saúde mental dirigido a estudantes do ensino secundário | Tiago Costa (CHVNG/E); Francisco Sampaio (ESS-UFP); Carlos Sequeira (ESEP); Teresa Lluch e Antonio Poyato (UB-Espanha)

3. Saúde mental dos jovens atletas de futebol federado perante a privação da prática desportiva | Diogo Moura (SNS24), Carlos Sequeira (ESEP) & Lara Pinho (UÉvora)

4. Estrutura de aconselhamento perinatal em saúde mental | Sónia Patrícia; (ACES Porto), Manuela Nené (ESSCVP - Lisboa), Isilda Ribeiro e Carlos Sequeira (ESEP)

Mesa 2 (11.30-13.00)

Moderadores: Marluce Siqueira (UFES-Brasil) & Jorge Cadete (ACES-Porto Oriental)

1. Reestruturação cognitiva em pessoas com humor depressivo e ideação suicida: Dados da *Scoping Review* | Bruno Santos (CSIHSCJ), Lara Pinho (UÉvora), Pilar Montesó Curto (URV-Espanha) & Carlos Sequeira (ESEP)

2. Impacto da restrição de visitas na saúde mental dos idosos internados | Tânia Correia (CHBV)

3. Intervenção psicoeducacional sobre a ansiedade para adolescentes em contexto escolar | Tânia Morgado (CHUC)

4. Intervenção psicoeducativa e a redução da ansiedade em pessoas em contexto de peri-operatório | Catarina Porfírio (ULSM), Palmira Oliveira & Carlos Sequeira (ESEP)

Mesa 3 (14.30-16.30)

Moderadores: Paula Fonseca (EEAN/UFRJ-Brasil) & Júlia Martinho (ESEP)

1. Avaliação da Ansiedade: Escala de Hamilton na população portuguesa | Eugénia Santos (CHVNGE); Francisco Sampaio (ESS-UFP) & Isilda Ribeiro (ESEP)

2. GETTING DEMENTIA RIGHT – Uma Abordagem baseada nos Direitos Humanos para as pessoas com demência & PROCUIDADOR - Um programa local de intervenção com cuidadores informais | Luís Durães (ISJD)

3. Projeto de promoção de saúde mental no Centro Hospitalar Tâmega e Sousa | Natalina Barbosa; Cátia Moreira & Miguel Sousa (CHTS)

4. Gestão do regime terapêutico em pessoas com doença mental | Daniel Carvalho; Catarina Tomás; Ana Querido (IPL) & Carlos Sequeira (ESEP)

28 de Outubro

9.00 – ABERTURA SECRETARIADO

9.15 – SESSÃO DE ABERTURA

Presidente da Câmara Municipal de Felgueiras – Nuno Fonseca

Diretor do Aces Tâmega III - Vale do Sousa – Hugo Lopes

Presidente da ASPESM – Carlos Sequeira

09.30 **Mesa Redonda I** | SAÚDE MENTAL: DESAFIOS ATUAIS E FUTUROS

Moderadores: Susana Mantas (UB - Espanha) & Lia Sousa (ESSVA)

Programa nacional para a saúde mental: desafios para o futuro | Miguel Xavier (Diretor do Programa Nacional de Saúde Mental / DGS)

Saúde Mental nas Autarquias | Nuno Fonseca (CMF)

Avaliação económica das intervenções em saúde mental | Filipa Sampaio (CHAP-DPHCSFM-Suécia)

Principais desafios e estratégias de intervenção em saúde mental | Carlos Sequeira (ASPESM)

11.00 – Intervalo

11.30 **Mesa Redonda II** | SAÚDE MENTAL NA INFÂNCIA / ADOLESCÊNCIA

Moderadores: Isilda Ribeiro (ESEP) & Ana Isabel Teixeira (CESPU)

Estratégias de capacitação dos jovens adultos para os desafios da atualidade | Kelly Vedana (EERP-USP-Brasil)

Saúde Mental da Infância e adolescência: desafios para a nova década | João Marques (CHULC – HDE)

Qualidade de vida e Saúde mental nos adolescentes: estratégias de intervenção | Ramon Missias-Moreira (CEFIS/UNIVASF-Brasil)

Programa de prevenção do suicídio nos adolescentes | Rosa Simões (CHC)

14.30 - **Mesa Redonda III** | NOVOS RECURSOS EM SAÚDE MENTAL

Moderadores: Olga Valentim (UA) & Paulo Seabra (ESEL)

Integração de suportes digitais nos cuidados de saúde mental | Pedro Morgado (EM-UM)

Capacitar as pessoas e as comunidades para agir | José Carlos Gomes (IPL)

SinCuidar - Cidadania: Promoção de Saúde Mental | Arlete Lourenço (UCCF, ACES, ARS Algarve)

Papel das famílias de pessoas com experiência de doença Mental | Joaquina Castelão (FamiliarMente)

16.00 - Simpósio – LUNDBECK PORTUGAL

Moderadores: Lia Sousa (ESSVA) & Luís Sá (UCP – Porto)

16h45-18h45 – Apresentação - Comunicações Orais e Pósteres – Auditório, Sala 1 e 2

19.30 – Jantar do Congresso – Restaurante Santa Quitéria – Inscrição no secretariado

29 de Outubro

09.00-11.00 – Apresentação de Comunicações Orais e Pósteres | Auditório / Sala 1 e 2
– Presencial/Online

11.00 – Intervalo

11.30 – **Mesa Redonda IV** | SAÚDE MENTAL EM DIFERENTES CONTEXTOS

Moderadores: Ana Carolina Zanetti (EERP-USP-Brasil) & Maria José Nogueira (CVP AT)

Sexualidade e saúde mental – Problemas e estratégias de intervenção | Hélder Lourenço (CHTV)

A Intervenção familiar promotora de saúde mental | Henriqueta Figueiredo (ESEP)

Treino Parental na regulação emocional na infância | Verónica Pereira (CHVNGE)

Experiências e impactos da prescrição social em saúde mental | Joaquim Lopes (ESEL)

13.00 – Intervalo para almoço

14.30 – **Mesa Redonda V** | DESAFIOS EM SAÚDE MENTAL

Moderadores: Amadeu Gonçalves (ESS-IPV) & Marcia Oliveira (USP-Brasil)

Programa de estimulação cognitiva para os cuidadores | Rosa Silva (ESEC)

Estratégias de intervenção para a recuperação no luto | Andrea Alves (IFSULDEMINAS-Campus Passos-Brasil)

SinCuidar mamã+família: Saúde Mental Perinatal | Maria João Silva (IPB)

Factors associated with the improvement of the nurse-patient therapeutic relationship in mental health inpatient units | Antonio R. Moreno-Poyato (UB-Espanha)

16.00 Simpósio Janssen

Moderadores: Luís Silva (HML) & Graça Farelo (ULSM)

Esquizofrenia e Neuroprotecção: Benefícios da utilização de antipsicóticos de 2ª geração | Medeiros Paiva (HSJ) & Jorge Barroso (CHUP)

Intervalo

16.45 – CONFERÊNCIA DE ENCERRAMENTO

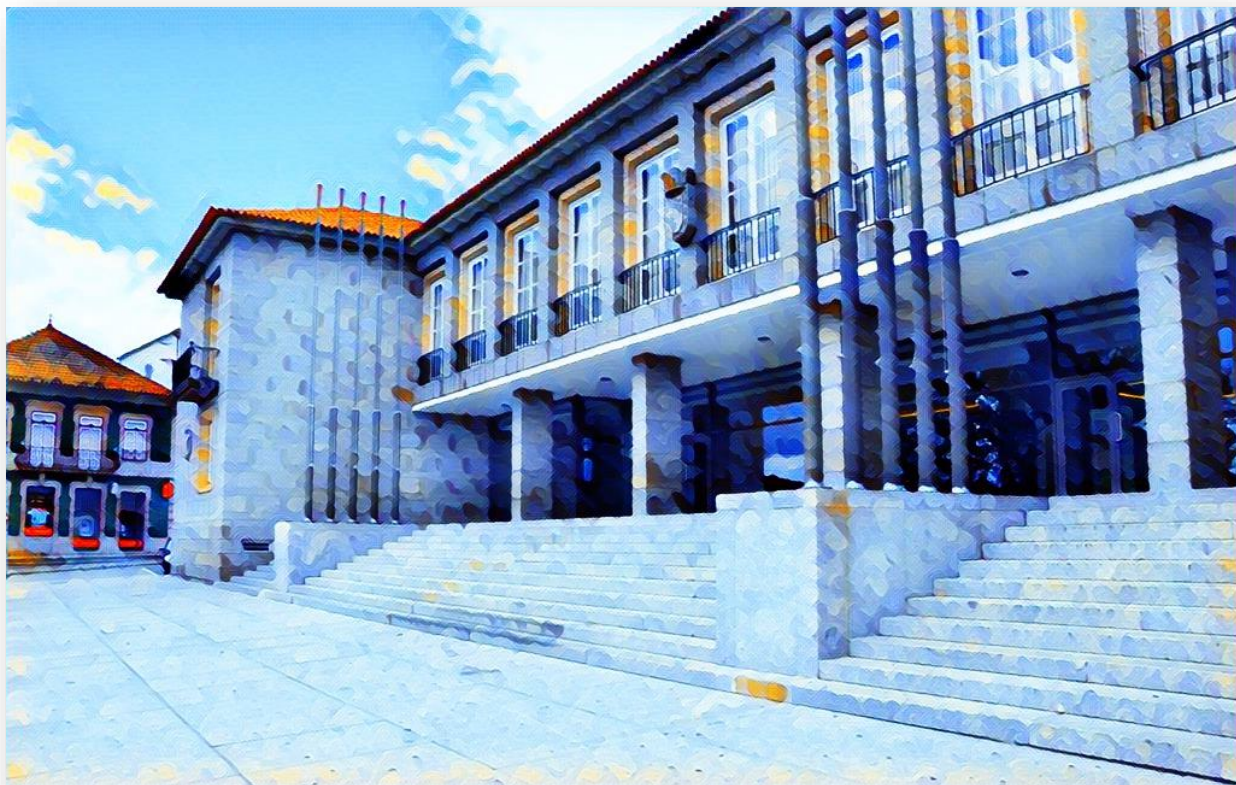
Moderador: José Carlos Carvalho (ESEP)

Plano individual de cuidados em saúde mental

Manuel Lopes (UÉvora)

17.30 – SESSÃO DE ENCERRAMENTO - ENTREGA DE PRÉMIOS

Bruno Santos (CSIHSCJ), Lara Pinho (UÉvora) & Lia Sousa (ESSVA)



RESUMOS

Necessidades de um cuidador informal de uma utente com demência: análise de cenário de supervisão clínica em enfermagem

Palmira Oliveira*; **Regina Pires****; **Carlos Sequeira*****; **Catarina Porfírio******

*Mestre; Professora Adjunta; Escola Superior de Enfermagem do Porto; Investigadora integrada do Grupo de Investigação - NursID: Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem – CINTESIS; palmiraoliveira@esenf.pt

**Doutora; Professora Adjunta; Escola Superior de Enfermagem do Porto; Investigadora integrada do Grupo de Investigação - NursID: Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem – CINTESIS; regina@esenf.pt

***Doutor; Professor Coordenador; Escola Superior de Enfermagem do Porto; Coordenador do Grupo de Investigação - NursID: Inovação e Desenvolvimento em Enfermagem – CINTESIS; carloossequeira@esenf.pt

****Mestre; Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiátrica; Enfermeira no Hospital Pedro Hispano, Rua Dr. Eduardo Torres, 4464-513 Senhora da Hora, Matosinhos, Portugal. Email: catarina.porfirio@hotmail.com

RESUMO

CONTEXTO: O número de pessoas que vivem com demência em domicílio tem vindo a aumentar significativamente nas últimas décadas. Os cuidadores são elementos cruciais na assistência destas pessoas, expressando diferentes necessidades relacionadas com o cuidar e exigências na execução do seu papel de forma adequada e personalizada. A supervisão clínica dos cuidadores pode contribuir para a identificação das suas necessidades e problemas e, para a conceção de um plano com intervenções de enfermagem dirigidas à sua resolução. **OBJETIVO(S):** Identificar as necessidades de um cuidador na prestação de cuidados a uma utente com demência; descrever estratégias supervisivas em enfermagem que permitem o desenvolvimento de competências do cuidador para cuidar e que possibilitem a preservação da sua saúde. **MÉTODOS:** Análise de cenário clínico centrado na supervisão de um cuidador de uma utente com demência. Recorreu-se ao modelo de Nicklin (1997), usando o ciclo de supervisão como metodologia de análise do cenário, identificação de problemas, objetivos, planeamento, ação e avaliação. **RESULTADOS:** Identificaram-se necessidades do cuidador inerentes às funções supervisivas de formação, suporte e normativa, respetivamente: falta de conhecimentos sobre gestão do regime terapêutico e na prestação de cuidados, e incompreensão da situação clínica da utente; cansaço,

desgaste, solidão, falta de apoio familiar e social; o não assegurar da presença da utente nas consultas.

O processo de cuidados de enfermagem foi implementado durante a visita domiciliária e baseou-se nessas três funções: formativa (desenvolvendo o conhecimento e competências através da exploração de experiências de trabalho do cuidador, facilitando a compreensão); suporte (providenciando apoio para gerir as emoções e relações interpessoais); normativa (enfatizando a competência, a responsabilidade e padrões de qualidade). **CONCLUSÕES:** A análise do cenário contribuiu para a operacionalização de um modelo de supervisão de cuidadores da pessoa com demência, permitindo os enfermeiros facilitar a transição para o papel de cuidador, possibilitando “cuidar do cuidador” para que ele cuide, com qualidade, a pessoa com demência.

Palavras-Chave: Demência; Cuidador informal; Supervisão Clínica; Enfermagem.

ABSTRACT

BACKGROUND: The number of people living with dementia at home has increased significantly in recent decades. Caregivers are crucial elements in the care of these people, expressing different needs related to care and requirements in the execution of their caregiver role in an adequate and personalized way. Clinical supervision of caregivers can contribute to the identification of their needs and problems and to the design of a plan with nursing interventions aimed at their resolution. **AIM:** Identify the needs of a caregiver in providing care to a patient with dementia; to describe supervisory strategies in nursing that allow the development of caregivers' skills to take care and that allow the preservation of their health. **METHODS:** Clinical scenario analysis focused on the supervision of a caregiver of a patient with dementia. Nicklin's (1997) model was used, using the supervision cycle as a methodology for scenario analysis, problem identification, objectives, planning, action and evaluation. **RESULTS:** Caregivers' needs inherent to the supervisory functions of training, support and regulations were identified, respectively: lack of knowledge about the management of the therapeutic regimen and in the provision of care, and misunderstanding of the patient's clinical situation; tiredness, exhaustion, loneliness, lack of family and social support; o not ensuring the presence of the user in consultations. The nursing care process was implemented during the home visit and was based on these three functions: formative (developing knowledge and skills by exploring the caregiver's work experiences, facilitating understanding); support (providing support to manage emotions and interpersonal relationships); normative (emphasizing competence, responsibility and quality standards). **CONCLUSIONS:** The analysis of the scenario contributed to the operationalization of a model of supervision of caregivers of the person with dementia, allowing nurses to facilitate the transition to

the role of caregiver, making it possible to "take care of the caregiver" so that he/she takes care, with quality, of the person with dementia.

Keywords: Insanity; Informal Caregiver; Clinical Supervision; Nursing.

RESUMEN

CONTEXTO: El número de personas que viven con demencia en el hogar ha aumentado significativamente en las últimas décadas. Los cuidadores son elementos cruciales en el cuidado de estas personas, expresando diferentes necesidades relacionadas con el cuidado y requerimientos en el desempeño de su rol de cuidador de forma adecuada y personalizada. La supervisión clínica de los cuidadores puede contribuir a la identificación de sus necesidades y problemas y al diseño de un plan con intervenciones de enfermería dirigidas a su resolución. **OBJETIVO(S):** Identificar las necesidades de un cuidador en la atención de un paciente con demencia; describir estrategias de supervisión en enfermería que posibiliten el desarrollo de habilidades del cuidador para cuidar y que permitan la preservación de su salud. **METODOLOGÍA:** Análisis de escenario clínico centrado en la supervisión de un cuidador de un paciente con demencia. Se utilizó el modelo de Nicklin (1997), utilizando el ciclo de supervisión como metodología para el análisis de escenarios, identificación de problemas, objetivos, planificación, acción y evaluación. **RESULTADOS:** Se identificaron necesidades de los cuidadores inherentes a las funciones supervisoras de formación, apoyo y normativa, respectivamente: desconocimiento sobre el manejo del régimen terapéutico y en la prestación de los cuidados, e incomprensión de la situación clínica del paciente; cansancio, agotamiento, soledad, falta de apoyo familiar y social; o no asegurar la presencia del usuario en las consultas. El proceso de atención de enfermería se implementó durante la visita domiciliar y se basó en estas tres funciones: formativa (desarrollar conocimientos y habilidades explorando las experiencias de trabajo del cuidador, facilitando la comprensión); apoyo (brindar apoyo para el manejo de las emociones y las relaciones interpersonales); normativo (haciendo hincapié en la competencia, la responsabilidad y los estándares de calidad).

CONCLUSIONES: El análisis del escenario contribuyó para la operacionalización de un modelo de supervisión de los cuidadores de la persona con demencia, permitiendo al enfermero facilitar la transición al rol de cuidador, posibilitando "cuidar del cuidador" para que éste cuida, con calidad, de la persona con demencia.

Palabras Clave: Locura; Cuidador Informal; Supervisión Clínica; Enfermería.

INTRODUÇÃO

O envelhecimento humano é um processo biológico inevitável na etapa de vida, com implicações somáticas e psicossociais. Em Portugal, a demência é uma realidade e tem

tendência em aumentar com o crescimento mundial, sendo fundamental criar medidas intervenção de forma a minimizar o impacto familiar (Sequeira, 2018).

A demência é uma doença crónica, com declínio progressivo no funcionamento da pessoa, a nível da memória, pensamento, orientação, compreensão, cálculo, linguagem e raciocínio, acompanhado por vezes, ou precedido, pela deterioração do controlo emocional, comportamento social ou motivação, concomitante com a incapacidade de realizar as atividades de vida diárias de forma autónoma (Sequeira, 2018). Neste sentido, a demência constitui uma das principais causas de incapacidade física e mental para os utentes idosos e de sobrecarga para os prestadores de cuidados (Correia, 2014), colocando novos desafios a nível da saúde e da prestação de cuidados (Sequeira, 2018).

Atualmente preconiza-se a manutenção do idoso no domicílio, permitindo a prestação de cuidados mais próximos das pessoas e facilitando a maior participação das suas famílias, dos clientes e das comunidades (Direção-Geral da Saúde, 2019). O cuidador informal normalmente presta cuidados no domicílio e habitualmente a prestação de cuidados é assegurada por elementos da família ou alguém próximo do utente, amigos, vizinhos, o sexo prevalente é o feminino, com responsabilidade de forma direta da totalidade de cuidados, de forma não antecipada e não remunerada (Sequeira, 2018).

Com base na teoria das transições de Afaf Meleis (Meleis et al., 2000), os utentes idosos passam por múltiplas transições, nomeadamente de saúde e doença e de desenvolvimento (envelhecimento) e os cuidadores, nesta conjuntura, frequentemente experienciam transições de natureza situacional e organizacional. Estas transições comportam um padrão de multiplicidade e complexidade. O ato de cuidar de um utente com demência, trata-se de um processo evolutivo com adaptação às diversas alterações que vão surgindo ao longo da condição da pessoa com demência, tendo como foco a promoção da autonomia e bem-estar do utente.

No processo de transição do cuidador para o exercício do papel, este necessita de adquirir e desenvolver competências, nomeadamente cognitivas, relacionadas com o saber, a mestria, inerente às habilidades instrumentais, e o saber ser, intrínseco ao desenvolvimento pessoal. Estas competências estão associadas a requisitos dos cuidadores como a iniciativa, a responsabilidade e a autonomia (Sequeira, 2018).

A eficácia do papel de cuidador está relacionada com o apoio que este recebe (formal ou informal), aos recursos e às habilidades pessoais de cada cuidador (Sequeira, 2018). O suporte/apoio é essencial para a promoção da saúde mental do cuidador, nomeadamente, mitigando o stress e a sobrecarga. Os cuidadores encontram-se sujeitos a um risco aumentado de desenvolver problemas do foro físico e psicológico e reportam níveis elevados de stress, depressão que interferem negativamente a prestação de cuidados (Holmerova et al., 2016).

Tem-se vindo a identificar na literatura uma forte similitude entre a relação supervisiva e a relação terapêutica, ao nível dos padrões, estrutura e conteúdo, reconhecendo-se que poderá existir isomorfismo na relação entre o aconselhamento/treino dos clientes e a supervisão clínica (SC), identificando-se benefícios para a pessoa dependente, para o cuidador e para as organizações (Bell et al., 2016).

A supervisão clínica consiste num processo colaborativo e de apoio entre dois ou mais indivíduos, com vista ao desenvolvimento de conhecimentos, habilidades e autonomia, promovendo a qualidade e segurança na prestação de cuidados ao utente (Abreu et al., 2015; Pires et al., 2020). O modelo de supervisão clínica de Nicklin (1997) é centrado na prática e integra três funções interativas: formativa/educacional (desenvolvimento de competências, compreensão e reflexão, exploração das experiências de trabalho do supervisionado); suporte (apoio ao supervisionado de forma a lidar com as emoções vivenciadas); gerência (responsabilidade profissional, padrões de qualidade, normas e procedimentos organizacionais). Este modelo propõe um ciclo de SC que contempla seis etapas similares às etapas do processo de enfermagem: análise da prática; identificação do problema; definição de objetivos; planeamento; implementação; avaliação (Nicklin, 1997).

Deste modo, este modelo tem aplicabilidade na SC dos cuidadores, permitindo aos enfermeiros a conceção de um plano de intervenção assente no ciclo de supervisão, em que a identificação de necessidades e os problemas relacionados com o cuidador, bem como os objetivos e o plano de intervenção são estruturados em torno das três funções da SC.

O presente estudo tem como objetivos identificar as necessidades de um cuidador na prestação de cuidados a uma utente com demência; descrever estratégias supervisivas em enfermagem que permitem o desenvolvimento de competências do cuidador para cuidar e que possibilitem a preservação da sua saúde.

MÉTODOS

Análise de um cenário clínico centrado na supervisão de um cuidador de uma utente com demência. Para a análise do cenário recorreu-se ao modelo de supervisão clínica de Nicklin (1997), usando o ciclo de supervisão como metodologia de análise do cenário seguindo as seguintes etapas: análise do cenário; identificação de problemas; delimitação dos objetivos; planeamento da supervisão; intervenção/ação; e avaliação. Em cada uma destas etapas o processo foi estruturado em torno das três funções da supervisão clínica. A análise do cenário foi efetuada em junho de 2021.

RESULTADOS

Identificaram-se necessidades do cuidador inerentes às funções supervisivas de formação, suporte e normativa, respetivamente: falta de conhecimentos sobre gestão do regime terapêutico e na prestação de cuidados, e incompreensão da situação clínica da utente; cansaço, desgaste, solidão, falta de apoio familiar e social; o não assegurar da presença da utente nas consultas.

O processo de cuidados de enfermagem foi implementado durante a visita domiciliária, mobilizando-se as estratégias adequadas à resolução dos problemas/necessidades inerentes a cada uma das funções supervisivas: recurso a estratégias como a informoterapia, com vista ao desenvolvimento de conhecimento e competências através da exploração de experiências de trabalho do cuidador, facilitando a sua compreensão e aquisição de conhecimentos sobre gestão do regime terapêutico, prestação de cuidados e compreensão da situação clínica da utente (formativa); provisão de estratégias de apoio promotoras da gestão das emoções e das relações interpessoais, providenciar apoio familiar e social com vista à diminuição do cansaço, do desgaste e da solidão (suporte); apoiar no desenvolvimento de competências para a prestação de cuidados, a responsabilidade e padrões de qualidade (normativa).

DISCUSSÃO

A função formativa assenta nos processos informativos, o que implica reflexão, com vista à compreensão e aquisição de conhecimento, precursor das competências do cuidador organizacionais (Cutcliffe et al., 2018; Saab et al., 2021).

A função de suporte envolve o apoio necessário para que o supervisionado, neste caso o cuidador, se adapte à pressão decorrente das múltiplas exigências do cuidar, com vista a assisti-lo na gestão das emoções (Cutcliffe et al., 2018; Saab et al., 2021).

A função gerencial/normativa consiste num conjunto de iniciativas destinada à responsabilidade na prestação de cuidados e preservação de padrões de qualidade de cuidados e redução de riscos dos clientes (Cutcliffe et al., 2018; Saab et al., 2021).

CONCLUSÃO

A análise do cenário contribuiu para a operacionalização de um modelo de supervisão de cuidadores da pessoa com demência, com foco na identificação sistemática das suas necessidades para desempenhar essa função e delineação de um plano de intervenção supervisiva que orientou a tomada de decisão e a resolução dos problemas identificados. A reflexão efetuada permite compreender o potencial da aplicação da SC na capacitação dos cuidadores, nomeadamente com o uso do ciclo de supervisão utilizado e a estruturação da análise em torno das três funções da SC, o que se constitui como um contributo significativo para a identificação, sistematização e controlo das necessidades/problemas, e para o planeamento da intervenção que promova o

desenvolvimento das capacidades para cuidar com qualidade, e auxiliar o cuidador a identificar o seu potencial e limitações. O modelo revelou-se eficaz para os enfermeiros enquanto facilitadores da transição para o papel de cuidador, permitindo “cuidar do cuidador” para que ele cuide, com qualidade, a pessoa com demência, promovendo a saúde e bem-estar do cuidador.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, A., Barroso, C., Segadães, M.F., & Teixeira, S. (2015). Promotion of Self-Care in Clinical Practice: Implications for Clinical Supervision in Nursing. *International Journal of Information and Education Technology*, 5(1), 6-9. Doi: 10.7763/IJiet.2015.V5.466.
- Bell, H., Hagedorn, W. B., & Robinson, E. H. M. (2016). An Exploration of Supervisory and Therapeutic Relationships and Client Outcomes. *Counselor Education and Supervision*, 55(3), 182-197. <https://doi.org/10.1002/ceas.12044>.
- Correia, D. (2014). *Manual de psicopatologia*. (2^o ed). Lisboa: Lidel.
- Cutcliffe, J., Sloan, G., & Bashaw, M., (2018). A systematic review of clinical supervision evaluation studies in nursing. *International Journal of Mental Health Nursing*, 27, 1344-1363.
- Direção-Geral da Saúde. (2019). Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016. <http://dge.mec.pt/plano-nacional-de-saude-mental-2007-2016>
- Holmerova, I., Waugh, A., Macrae, R., Vepřkova, R., Sandvide, A., Hanson, E., Jackson, G., ... & Tolson, D. (2016). Dementia Palliare. Best Practice Statement. European Commission. Scotland: University of the West of Scotland. <https://www.stir.ac.uk/research/hub/publication/22494>
- Pires, R., Sousa, C., Ribeiro, S., Cunha, I.C., & Santos, M.R. (2020). Ciclo De Supervisão De Peter Nicklin Num Cenário De Ensino Clínico De Enfermagem. *Enfermagem Em Foco*, 11(6), 85-85–91. <https://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=150341200&site=eds-live>
- Meleis, A.I., Sawyer, L.M., Im, E.O., Messias, D.K.H., & Schumacher, K. (2000). Experiencing Transitions: An Emerging Middle-Rang Theory. *Advances In Nursing Science*, 23(3), 12-28. Doi: 10.1097/00012272-200009000-00006.
- Nicklin, P. (1997). A practice-centred model of clinical supervision. *Nursing Times*, 93(46), 46-52.
- Sequeira, C. (2018). *Cuidar de idosos com Dependência Física e Mental*. Lisboa: Lidel.
- Teixeira, M.J.C., Abreu, W.J.C., & Costa, N.M.V.N. (2016). Prestadores de cuidados familiares a pessoas terminais no domicílio: Contributos para um modelo de supervisão. *Revista de Enfermagem Referência*, 4(8), 65-74. Doi: 10.12707/RIV15054.
- Waldrop, D. P., Kramer, B. J., Skretny, J. A., Milch, R. A., & Finn, W. (2005). Final transitions: Family caregiving at the end of life. *Journal of Palliative Medicine*, 8(3), 623-638. doi: 10.1089/jpm.2005.8.623.
- Saaba, M., Kilty, C., Meehan, E., Goodwin, J., Connaire, S., Buckley, C., Walsh, A., O'Mahony, J., McCarthy, V., & Horgan, A. (2021). Peer group clinical supervision: Qualitative perspectives

XII Congresso Internacional ASPESM

from nurse supervisees, managers, and supervisors. *Collegian*, 28, 359-368.
<https://doi.org/10.1016/j.colegn.2020.11.004>

Surto psicótico: itinerário fenomenológico da narrativa à descrição dos significados da experiência vivida

Margarida Tomás¹; Maria Teresa Rebelo²; Vânia Martins³; Marisa Soares³

¹Escola Superior de Saúde Atlântica, Barcarena, Portugal. <https://orcid.org/0000-0001-8047-3489>

²Universidade de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa, Portugal

³Serviço de Psiquiatria, Hospital Garcia de Orta E.P.E, Almada, Portugal

RESUMO

Contexto: A experiência vivida de um surto psicótico apela à abertura para outras possibilidades do ser-humano enquanto ser-no-mundo. As vivências psicóticas, enquanto modificações das experiências subjetivas, requerem o seu reconhecimento na primeira pessoa. Assim, poder-se-á decifrar os seus significados e consequentemente estabelecer cuidados de enfermagem humanísticos, ou seja, centrados no cliente e nas suas experiências subjetivas. Este desígnio é fulcral ao desenvolvimento dos cuidados de enfermagem que pretendem oferecer cuidados ajustados à essência daquilo que se constitui como o ser do ser dos seus clientes. **Objetivo:** Contribuir para a compreensão do fenómeno – surto psicótico – desvelando as suas essências e significados fenomenológicos. **Métodos:** Estudo de abordagem fenomenológico-hermenêutica, instituída na fenomenologia da prática de Van Manen, cujo material experiencial foi recolhido através de entrevistas fenomenológicas. **Resultados:** A partir de quatro episódios ilustrativos estabeleceu-se uma temática central - “Escorregar para o lado B da vida” que se destringe em três subtemas: (1) “O deixar-se ir na onda mesmerizante do lado B da vida”; (2) “Tropeçando nas ondas do lado B da vida”; (3) “Subitamente imerso na dissonante rebentação do lado B da vida”. **Conclusões:** Neste estudo apreende-se alguma da riqueza e variabilidade da experiência vivida do surto psicótico. Cabe aos profissionais de saúde adquirir sensibilidade e sabedoria quando à diversidade vivencial que se pode estabelecer no ser humano em surto psicótico e agir com a consciência de interpretar os comportamentos evidenciados em sintonia com estas possibilidades.

Palavras-Chave: Serviços de Saúde Mental; Hospitais Psiquiátricos; Pesquisa Qualitativa; Transtornos Psicóticos; Enfermagem Psiquiátrica

ABSTRACT

Background: The lived experience of a psychotic break calls for opening other possibilities of the human being as a being-in-the-world. Psychotic experiences, as modifications of subjective experiences, require their recognition in the first person. The interpretation of its meanings may integrate and improve the core of humanistic nursing care centered on the client and his subjective experience. This purpose is central to the

development of nursing care that aims to offer adjusted care to the essence of what constitutes the being of being of its clients. **Aim:** To contribute to understanding the phenomenon - of a psychotic break - revealing its essences and phenomenological meanings. **Methods:** We used a phenomenological-hermeneutic approach based on Van Manen's phenomenology of practice and collected experiential material through phenomenological interviews. **Results:** Based on four illustrative episodes, we established a central theme - "Slipping into the B side of life" which is broken down into three sub-themes: (1) "Letting yourself go in the mesmerizing wave of the B side of life"; (2) "Stripping the waves on the B side of life"; (3) "Suddenly immersed in the dissonant surf on the B side of life." **Conclusions:** In this study, we apprehend some of the richness and experiential variability inherent to a psychotic break's lived experience. It is up to health professionals to acquire sensitivity and wisdom regarding the experiential diversity that can be established in human beings with a psychotic break and act to interpret the behaviors evidenced in line with these possibilities.

Keywords: Mental Health Services; Hospitals, Psychiatric; Qualitative Research; Psychotic Disorders; Psychiatric Nursing

RESUMEN

Contexto: La experiencia vivida de un episodio psicótico llama a la apertura a otras posibilidades del ser humano como ser-en-el-mundo. Las experiencias psicóticas, como modificaciones de experiencias subjetivas, requieren su reconocimiento en primera persona. Así, se podrán descifrar sus significados y, en consecuencia, se podrá establecer un cuidado de enfermería humanista, o sea, centrado en el cliente y en sus vivencias subjetivas. Este propósito es central para el desarrollo del cuidado de enfermería que tiene como objetivo ofrecer cuidados ajustados a la esencia de lo que constituye el ser del ser de sus clientes. **Objetivo:** Contribuir a la comprensión del fenómeno - brote psicótico - desvelando sus esencias y significados fenomenológicos.

Metodología: Estudio de enfoque fenomenológico-hermenéutico, asentado en la fenomenología de la práctica de Van Manen, cuyo material experiencial fue recolectado a través de entrevistas fenomenológicas. **Resultados:** A partir de cuatro episodios ilustrativos, se estableció un tema central: "Deslizarse hacia el lado B de la vida", que se divide en tres subtemas: (1) "Dejarse llevar por la fascinante ola del lado B de la vida"; (2) "Desnudando las olas en el lado B de la vida"; (3) "De repente sumergido en el oleaje disonante en el lado B de la vida". **Conclusiones:** En este estudio se aprehende parte de la riqueza y variabilidad de la experiencia vivida del brote psicótico. Corresponde a los profesionales de la salud adquirir sensibilidad y sabiduría respecto a la diversidad experiencial que se puede establecer en los seres humanos con un brote psicótico y actuar con la conciencia de interpretar las conductas evidenciadas de acuerdo con esas posibilidades.

Palabras Clave: Servicios de Salud Mental; Hospitales Psiquiátricos; Investigación Cualitativa; Trastornos Psicóticos; Enfermería Psiquiátrica

INTRODUÇÃO

A experiência vivida de um surto psicótico apela à abertura para outras possibilidades do ser-humano enquanto ser-no-mundo. No rasgo vertiginoso da relação consciente e intencional que todo o ser-humano estabelece com o mundo, face a um surto psicótico, emerge o distúrbio do Eu. Este revela-se num processo de alteração fundamental da autoexperiência que pode resultar numa sensação de alienação e alteridade (Hamm, Leonhardt, Ridenour, Lysaker & Lysaker, 2018). Inúmeros relatos *online*, livros, filmes, reportagens, e até pinturas têm permitido o acesso ao vivenciado deste fenómeno cujo horizonte mantém-se entre o enigmático e o assustador. As vivências psicóticas constituem-se como modificações das experiências subjetivas (Troubé, 2013) e, como tal, importa reconhecer na primeira pessoa seus significados com vista ao estabelecimento de cuidados de saúde humanísticos, ou seja, centrados no cliente e nas suas experiências subjetivas. Este desígnio é fulcral ao desenvolvimento dos cuidados de enfermagem que pretendem oferecer cuidados ajustados à essência daquilo que se constitui como o ser do ser dos seus clientes. Para tal, considera-se pertinente a manutenção de uma dialética com a faceta psicótica da vida humana. Esta coloca-se como desafio à integridade do ser humano enquanto projeto consciente e deliberado de si e, concomitantemente, à prestação de cuidados de saúde que visam a recuperação ou restabelecimento do ser humano em todo o seu potencial intrínseco, num contexto altamente complexo e idiossincrático. É através de uma aproximação fenomenológica à vivência deste fenómeno humano que se pretende contribuir para a compreensão do fenómeno – surto psicótico – desvelando essências e significados, subsidiando o enriquecimento da prática clínica dos cuidados de saúde.

MÉTODOS

Estudo de abordagem fenomenológico-hermenêutica, instituída na fenomenologia da prática de Van Manen (2014). O material experiencial constitui-se a partir de entrevistas fenomenológicas realizadas no contexto do trabalho de doutoramento de enfermagem, pela Universidade de Lisboa, sob o título: “O regresso à vida quotidiana após o primeiro internamento em psiquiatria”. Nestas emergiram inusitadamente alguns relatos que são tangenciais ao foco do estudo citado, mas cuja riqueza vivencial acerca do fenómeno surto psicótico, impele-nos a olhar, recuperar e contemplar estas descrições da experiência vivida. Com base neste material experiencial elaboraram-se episódios ilustrativos que foram sujeitos a análise temática e hermenêutica, concretizadas pelo método da *epoché* e da redução. Deste processo emergiram temas que se dispuseram em texto fenomenológico, escrito de acordo com o método expressivo do vocativo.

Os critérios de inclusão englobam participantes: dos 18 aos 64 anos; com um único internamento num serviço de psiquiatria de agudos; que regressaram para casa após a alta hospitalar; que retomaram atividades compatíveis com uma vida ativa (*i.e.* realizam atividades laborais ou escolares/formação, mesmo que em voluntariado); que falavam português fluentemente; que concordaram em participar e assinaram consentimento informado. A seleção dos participantes efetuou-se num serviço de psiquiatria de um hospital geral com internamento e consulta externa. Assegura-se que todo o material aqui evidenciado cumpre todas os requisitos éticos e deontológicos inerentes à investigação científica.

RESULTADOS

Elaboraram-se quatro episódios ilustrativos que indiciam uma temática essencial e central que se estabelece como “Escorregar para o lado B da vida” que se expressa em três subtemas: (1) “O deixar-se ir na onda mesmerizante do lado B da vida”; (2) “Tropeçando nas ondas do lado B da vida”; (3) “Subitamente imerso na rebentação dissonante do lado B da vida”.

A temática central - Escorregar para além do lado B da vida - emerge como ícone eidético do que os participantes foram verbalizando do experienciado. Há uma ideia latente de existência alternativa, por vezes até sintónica, que se coloca como possibilidade de forma de vida. Esta traduz uma clarividência inovadora e irresistível que molda a interação de cada um destes participantes com o mundo à sua volta.

Jorge: “Admito que encarnei desde Jesus Cristo a outras personagens. Mas isso para mim sempre foi o meu lado xamânico, um lado em que eu consigo transcender o meu eu. Eu sentia a capacidade de ser um ser, para mim, bastante evoluído, que eu sempre senti e sempre senti retraído relativamente à sociedade.”

A vivência psicótica não se anuncia numa revelação apodítica relativamente à sua natureza patológica. A pessoa como que escorrega, resvala, desliza para o âmago da sua expressão e expressa-se a partir desse outro lado, desse lado B da vida.

O escorregar emerge como ação involuntária e de cariz instável que põe em marcha uma consequência que pode ser mais ou menos danosa. O lado B da vida concerne ao aparecimento de um outro horizonte existencial que molda o viver interno dos participantes que vão escorregando para além do seu limiar e experienciam uma dimensão paralela daquilo que é o mundo quotidiano partilhado com os outros – a dimensão psicótica.

A submersão neste “lado B” da vida substancia-se depois em três vertentes vivenciais que constituem os subtemas deste estudo que passamos agora a aprofundar.

- O deixar-se ir na onda mesmerizante do lado B da vida

No reconhecimento de uma outra vivência, particularmente alternativa, a pessoa torna-se permeável a um outro sentir, a um outro pensar, que mesmeriza, como se de uma melodia encantada se tratasse.

Catarina: “E eu comecei a sentir a cabeça muito hiperativa e entrei no meu fluir, entrei num mundo que só eu é que entendia. Comecei a ver significados nas coisas que me apareciam à volta. Estava num mundo que criei na minha própria cabeça. É como se fosse um estado de hiperconsciência. Mas também não estava em mim própria. Não sei... Andei sozinha durante dois dias até que fui parar ao *shopping* desnorçada.”

Neste relato há uma sensação diferente no sentir do corpo, precisamente a cabeça, que molda uma neocompreensão do mundo, de tal forma fascinante, que faz a pessoa fluir, como se de uma boia se tratasse nas ondas do mar, sem preocupação com a sua direção.

- Tropeçando nas ondas do lado B da vida

A vivência psicótica nem sempre deturpa a totalidade existencial da pessoa que paulatinamente tropeça na sua matriz, vivenciando estranhos desconfortos na sua relação com o mundo, que não causam um corte abrupto, mas antes uma distorção dialética entre o Eu e o Mundo.

Guilherme: “Uma vez fui à consulta, saí de lá e tava uma ambulância, lá à porta. Epá e oiço as pessoas a falar ao telefone. Eu a passar, as pessoas a falar umas com as outras. E foi qualquer coisa de alguém a dizer-me: - Epá! Não, isso não é para ti. E eu associei como se fosse a ambulância. Depois fui para o comboio... Parecia que a conversa continuava e... e particularmente ouvi uma conversa de uma pessoa que estava a falar ao telefone e eu ouço... E eu estava a ouvir já quase sem conseguir aguentar ouvi-lo a falar e depois, pronto, quando me fartei, mexo-me, faço assim uma coisa qualquer e há alguém que diz do nada: - Ah, não sei quê, mas eu estava a ouvir! E eu fiquei naquela, mas estás a falar comigo ou... É melhor ficar quietinho. Pá, e isso é o tipo de coisa esquisita que eu me lembro de ter acontecido, de ter feito as tais associações estranhas que na altura faziam algum sentido.”

No contato com o território psicótico a pessoa vai experienciando interpretações que estremecem a sua estrutura interna sem desintegrar totalmente a sua relação com o mundo. Neste limbo a vida vai enrodilhando-se no que se constitui como um arquétipo

existencial composto por associações estranhas, mas de uma verosimilidade que ganham sentido e significado intrínseco ao Eu.

- Subitamente imerso na rebentação dissonante do lado B da vida

Do cenário da naturalidade habitual do dia-a-dia brota uma espécie de maré picada que subitamente suga a pessoa nas suas correntes. Presa no que parece ser uma rebentação aterradora, com parecenças a morte, a pessoa busca salvar-se dos redemoinhos que a psicose crava na sua existência.

Carlos: “Naquela noite eu estava a ler e a pintar. Mas, de repente... Passa um avião muito perto. Naquele avião, houve um clique, ouve uma coisa qualquer... Eu não lhe sei explicar. É como que um sentimento avassalador. Conhece aquele filme da múmia do Egipto quando vêm aquelas nuvens de insetos, aquelas ondas gigantes. Agora imagine isso sem ter nada físico, mas como se sentisse de facto uma grande onda de choque que vem daí da natureza, vem da terra. Foi assim que eu senti. É uma onda de choque. É como se recebesse um tremor de terra a entrar por dentro de mim. É como se eu tivesse um medo de morte terrível, parece que vou mesmo morrer. E eu agarrei a mão do meu namorado, pus a mão em cima dele porque precisei de um contacto físico. Eu queria fugir com o meu namorado para longe. É uma situação de desamparo total. Parece que é a morte mesmo. Nesse momento que eu sinto essa onda avassaladora a minha boca abre-se, comecei a gritar, e eu digo um monte de coisas do género: - Jesus Cristo é santo, é Santo, É SAAAANTO. Eu senti-me com tal medo de morrer que fui com um trompete para a outra ponta da casa à janela a fazer de sinal tipo trrrróoooOOOOO. Está a imaginar um trompete às oito da noite, num bairro silencioso? Faz um estrondo. E então... Montes de vizinhos à janela claro. Depois achei que o gato estava possuído com um espírito maligno, que me estava ali a fazer muito mal. Andei a correr atrás do gato com uma cadeira para o matar, depois com uma faca, e depois empurrei-o para a janela da cozinha. Eu continuei a empurrar para fora, ele estava seguro nas cordas da roupa. Eu moro num sétimo andar e vim à janela a gritar em plenos pulmões: - Matem esse gato. Matem esse gato. Assim... uma coisa terrível. Como se fosse mesmo a época medieval do género: Matem aquele gato porque aquilo é uma bruxa. Acabo de dizer aquelas coisas e a uns 5 metros, vejo um bombeiro e o meu namorado ali e eu... assim... (pausa) Hã! Espera. O que é que eu fiz? E foi aí que eu pensei: Aí que horror. Eu senti-me o pior do mundo, eu senti-me Fhhuuuu [sopra exasperadamente]. Eu senti mesmo: - Que louco! Tu estás

desgraçado. Como é que isto aconteceu? Como é que tu fizeste uma coisa destas? Sentei-me no sofá assim 2 segundos a pensar: - Espera. Carlos. Volta à real. Tu mataste um gato. Eu acabei de matar um gato. Tu não tomaste consciência. Eu não conseguia prever, ou melhor dizendo, não tomei consciência de facto do que estava a fazer.”

Na contingência do surto psicótico a expressão do ser-no-mundo torna-se dissonante com o mundo (enquanto espaço de convivência com os outros) que fica à mercê deste lado B, deste lado alienador, que rebenta com qualquer limite do bom senso e impera a sua vontade sobre a pessoa.

CONCLUSÃO

Neste breve estudo apreende-se alguma da riqueza e variabilidade da experiência vivida do surto psicótico. Esta configura-se aqui em três possibilidades de expressão que vão do insidioso ao abrupto, do sintónico ao distónico, do estranho ao disruptivo. No limite compreendemos como o surto psicótico irrompe o ser sem anúncio de chegada e o capta para as suas redes, em jeito de arrastão, alterando a harmonização do Eu enquanto ser-no-mundo. Cabe aos profissionais de saúde adquirir sensibilidade e sabedoria quando à panóplia vivencial que se pode estabelecer no ser humano em surto psicótico e agir com a cognoscência de interpretar os comportamentos evidenciados em sintonia com estas possibilidades.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Hamm, J. A., Leonhardt, B. L., Ridenour, J., Lysaker, J. T., & Lysaker, P. H. (2018). Phenomenological and recovery models of the subjective experience of psychosis: discrepancies and implications for treatment. *Psychosis*, 10(4), 340–350. <https://doi.org/10.1080/17522439.2018.1522540>
- Troubé, S. (2013). Les expériences subjectives de la psychose débutante. *Recherches En Psychanalyse*, 16(2), 137. <https://doi.org/10.3917/rep.016.0137>
- Van Manen, M. (2014). *Phenomenology of practice: meaning-giving methods in phenomenological research and writing*. New York: Routledge.

A técnica do átomo social para a identificação dos papéis sociais e dos vínculos afetivos

Neide Marina Feijó

Escola Superior de Saúde Jean Piaget de Vila Nova de Gaia; neide.feijo@ipiaget.pt;
0000-0002-4571-6462

RESUMO

Nos processos de crise, perda, sofrimento emocional, entre tantas situações de fragilidade que frequentemente o enfermeiro de saúde mental se depara na sua prática, será necessário encontrar estratégias que facilitem a compreensão desses processos, com a finalidade de contribuir com a resolução da perda e ajudar na superação da crise, facilitando a melhor adaptação.

No sentido de contribuir para a prática profissional em saúde mental, buscaremos apresentar a técnica do átomo social e demonstrar a sua utilidade para a identificação dos vínculos afetivos. Para isso, foi importante apresentar uma revisão narrativa da bibliográfica sobre papéis, vínculos e átomo social do ponto de vista do psicodrama. Ao apresentar detalhadamente a técnica do átomo social, pretendeu-se demonstrar a sua pertinência como estratégia para a compreensão do processo de construção e desconstrução de vínculos afetivos que interferem significativamente na vida emocional das pessoas. A aplicação da técnica do átomo social permite evidenciar a intensidade com que os indivíduos são aceites ou são rejeitados na dinâmica social em que estão inseridos. A afetividade é o elemento central na criação dos vínculos, por isso a importância do seu entendimento ao recriar o átomo social. Essa técnica permite ao indivíduo desempenhar os seus papéis e estabelecer os seus vínculos num processo de aprendizagem, num ambiente protegido, com finalidade terapêutica. Assim, concluímos que a técnica do átomo social tem sido considerada apropriada para conhecer os papéis e os vínculos dos seus elementos, dando direção para a continuidade da ação terapêutica.

Palavras-Chave: Átomo Social, Papel Social, Vínculo

RESUMEN

En los procesos de crisis, pérdida, sufrimiento emocional, entre tantas situaciones de fragilidad que los enfermeros de salud mental muchas veces enfrentan en su práctica, será necesario encontrar estrategias que faciliten la comprensión de estos procesos, a fin de contribuir a la resolución de las pérdidas y ayudar en la superación de la crisis, facilitando la mejor adaptación.

Para contribuir a la práctica profesional en salud mental, buscaremos presentar la técnica del átomo social y demostrar su utilidad para la identificación de vínculos

afectivos. Para eso, fue importante presentar una revisión narrativa de la literatura sobre roles, vínculos y el átomo social desde el punto de vista del psicodrama. Al presentar en detalle la técnica del átomo social, se pretendió demostrar su relevancia como estrategia para comprender el proceso de construcción y deconstrucción de vínculos afectivos que interfieren significativamente en la vida emocional de las personas. La aplicación de la técnica del átomo social permite resaltar la intensidad con que los individuos son aceptados o rechazados en la dinámica social en la que están insertados. La afectividad es el elemento central en la creación de vínculos, de ahí la importancia de comprenderla a la hora de recrear el átomo social. Esta técnica permite que el individuo desempeñe sus roles y establezca sus vínculos en un proceso de aprendizaje, en un ambiente protegido, con una finalidad terapéutica. Así, concluimos que la técnica del átomo social se ha considerado adecuada para conocer los roles y vínculos de sus elementos, orientando la continuidad de la acción terapéutica.

Palabras Clave: Átomo Social, Rol Social, Vínculo

ABSTRACT

In the processes of crisis, loss and emotional suffering, among so many situations of fragility that mental health nurses often face in their practice, it will be necessary to find strategies that facilitate the understanding of these processes, in order to contribute to the resolution of the loss and help in overcoming the crisis, facilitating the adaptation.

In order to contribute to the professional practice in mental health, we aim to present the technique of the social atom and demonstrate its usefulness for the identification of affective bonds. For this purpose, it was important to present a narrative review of the literature on roles, bonds and the social atom from the psychodrama point of view. By presenting the technique of the social atom in detail, it was intended to demonstrate its relevance as a strategy for understanding the process of construction and deconstruction of affective bonds that significantly interfere in people's emotional lives. The application of the social atom technique makes it possible to highlight the intensity with which individuals are accepted or rejected in the social dynamics in which they are inserted. Affectivity is the central element in the creation of bonds, hence the importance of its understanding when recreating the social atom. This technique allows the individual to play their roles and establish their bonds within a learning process, in a protected environment and with a therapeutic purpose. We thus conclude that the technique of the social atom has been considered appropriate to address the roles and bonds of its elements, providing directions to the continuity of the therapeutic action.

Keywords: Social Atom, Social Role, Bond

INTRODUÇÃO

O interesse deste trabalho recai sobre a apresentação da Técnica do Átomo Social, assim como dos conceitos teóricos relacionados à temática, como teoria de papéis e vínculo na perspectiva do psicodrama moreniano.

O entendimento desses conceitos interligados pode ser útil na prática da Enfermagem de Saúde Mental, uma vez que facilita o entendimento das relações interpessoais como ponto de partida para as propostas de intervenção especializada na área.

As pessoas interagem umas com as outras através dos seus papéis sociais e, no seio dessas relações, desenvolvem os seus vínculos numa perspectiva dinâmica de construção e reconstrução, na procura pela sua realização pessoal e emocional. Nesse contexto, aparecem também os conflitos interpessoais e as rupturas de vínculos que podem causar sofrimento às pessoas, levando à necessidade de procurarem ajuda especializada na área de saúde mental.

Nesse sentido, o enfermeiro de saúde mental é chamado a atuar de forma competente, recorrendo às estratégias que possam ir ao encontro das necessidades das pessoas que precisam dos seus cuidados, nomeadamente na reconstrução de novos objetivos, transformações de papéis sociais, em suma, na superação da crise e na promoção da melhor adaptação.

Os conceitos do psicodrama, por estarem centrados nas relações grupais, vínculos, escolhas sociométricas, entre outros, apresentam-se como um caminho possível de entendimento dessas mesmas relações, assim como, possibilitam estratégias de intervenção adequadas aos conflitos inerentes às vivências das pessoas.

A necessidade de se relacionar e formar vínculos é intrínseca ao ser humano, sendo a afetividade o fator gerador destes vínculos.

Costa e Conceição (2008, p. 62) referem que os laços afetivos *são demonstrados através do desempenho de papéis e contrapapéis, sendo que “a ação de complementaridade de papéis sociais gera o átomo social”*.

As autoras referem que na sociedade há o relacionamento entre átomos sociais, sendo que o estudo sociométrico é importante para verificar a intensidade com que os indivíduos são aceitos ou rejeitados, isto é, a expansividade afetiva dos seus elementos. Recorrendo às palavras de Moreno (2008, p. 33), justificamos a pertinência desse estudo para a área da enfermagem de saúde mental:

“...se o problema puder ser examinado em todas as suas ramificações... seria então teoricamente possível colocar esse indivíduo num meio humano em que ele tivesse condições de integrar-se e crescer, tornando-se não apenas socialmente aceitável e útil, mas também uma pessoa relativamente feliz.”

Os componentes desse trabalho, no que se refere a revisão teórica (papéis, vínculos e átomo social) também foram propostos apoiados nas palavras de Fonseca (2008, p. 24):

“a essência do psicodrama repousa na definição do homem em quatro dimensões: a) o conjunto de papéis que representa na vida; b) a rede de interações de todas as pessoas com as quais tem relação; c) seu átomo social (seu mundo pessoal afetivo); d) seu status sociométrico, ou seja, a sua cota de amor nos grupos a que pertence.”

Em geral, as pessoas após o período de resolução da perda, reconstróem suas vidas, transformam os seus papéis e saem da crise com ganhos de adaptação e espontaneidade. Algumas, entretanto, desenvolvem comportamentos no sentido de manterem um vínculo conflituoso, o que pode perpetuar o sofrimento dela própria e das demais pessoas envolvidas no seu círculo de relações.

Consideramos que o trabalho grupal sociopsicodramático almeja encontrar novas formas de superar os sofrimentos emocionais, temos como objetivo nesse estudo apresentar a técnica do átomo social e os conceitos teóricos a ele relacionados, como contribuição para a prática da enfermagem de saúde mental.

METODOLOGIA

Para apresentar a técnica do átomo social e os conceitos a ele relacionados, recorreremos à revisão narrativa da literatura, como um processo de busca, análise e descrição da produção científica sobre a temática no âmbito do psicodrama. Nessa modalidade de revisão da literatura, a seleção dos estudos e a interpretação das informações estão sujeitas à subjetividade e não se pretende esgotar todas as fontes de informação. Contudo, foi realizada uma busca exaustiva junto de periódicos e obras no âmbito da produção psicodramática.

Do Papel Social e Vínculos Afetivos à Técnica do Átomo Social

Neste tópico apresentaremos os principais resultados da revisão narrativa da literatura psicodramática efetuada sobre os conceitos de Papéis, Vínculos e Átomo Social.

Na construção da teoria psicodramática, o papel é apresentado como unidade cultural da conduta, envolvendo os padrões sociais para a vida em relação, para a satisfação das funções fisiológicas e do mundo da fantasia. Assim, para um melhor entendimento os papeis são apresentados, respetivamente, como papéis sociais, papéis psicossomáticos e papéis psicodramáticos.

Romano (2011) refere que para a compreensão da identidade das pessoas, devem ser estudados os seus vínculos relacionais, numa perspectiva do conceito de papéis.

Reforçando a ideia de que o estudo de papeis não pode ser feito retirando o indivíduo das suas relações, Fonseca (2008, p. 20) refere que *“um papel é uma experiência*

interpessoal e necessita de dois ou mais indivíduos para ser posto em ação. Todo papel é uma resposta a outro (de outra pessoa). Não existe papel sem contra papel.”

O mesmo autor refere que *“os papéis são prolongamentos do Eu, pelos quais entram em relação com os papéis (complementares) de outra pessoa, dando origem ao vínculo. Os papéis bem desenvolvidos sempre ultrapassam os limites do si mesmo.”* (Fonseca, 2008, p. 92).

A multiplicidade de papéis é vista como um *“critério de saúde, pois quanto maior a diversidade de papéis assumidos por um indivíduo, maior a sua flexibilidade e capacidade de ação e de respostas criativas e espontâneas.”* (Zedron e Seminotti, 2011).

Os papéis sociais são aqueles desempenhados cotidianamente no contexto social, que segundo Menegazzo, Zuretti e Tomasini (1995, p. 155-156) *“cada um deles deixa entrever, por trás da manifestação, a trama complexa dos papéis básicos em que se sustenta (papéis familiares, originários, fundantes e psicodramáticos)”*.

A necessidade desse entendimento se justifica com as palavras de Moreno (2008: 287):

“A vida social tende a vincular um papel específico a uma determinada pessoa, de modo que esse papel torna-se prevalente na caracterização do indivíduo. A ansiedade, o medo, o ressentimento, os sentimentos de diferença e exclusão costumam ser amplificados por essa condição, e os consequentes esforços e tensões refletem-se na vida do grupo.”

Em situações de ameaça, desespero ou stress, a tendência é de inibição da maior parte dos papéis. Nesses casos, ficam em evidência somente os papéis mais desenvolvidos. Portanto, mais uma vez, verifica-se a influência do meio no desempenho dos papéis. O contrário, também acontece, isto é, em ambiente relaxado, as defesas individuais diminuem e deixam em evidências papéis menos desenvolvidos e permitem uma relação mais íntima e mais autêntica com o outro (Pio Abreu, 2006).

No contexto social, verificam-se formas diversificadas no desempenho dos papéis: um papel “novo” pode ser menos espontâneo; o desempenho de papéis que não se harmonizam pode apresentar-se de forma estereotipada. Nessas situações, o indivíduo pode experimentar sentimento de pouco prazer pessoal no seu desempenho (Pio Abreu, 2006).

Fleury (1999) chama a atenção para o fato de as pessoas atribuírem e aceitarem os papéis nas relações sociais, de forma, muitas vezes, a cristalizarem padrões de comportamento.

A situação de ‘estereotipia’ nas relações sociais, onde há pobreza de espontaneidade e criatividade na criação dos papéis, pode levar o indivíduo a situações de sofrimento (Zedron e Seminotti, 2011).

Os papéis são desenvolvidos na relação com o outro, assim também será possível a formação de vínculos. Por exemplo, um papel de esposa só é possível na presença do outro contrapapel de marido. Nesse sentido vai decorrer também o vínculo entre ambos. Félix da Silva e Danielski (2020) reafirmam que a existência humana implica nas relações vinculares através do desempenho de papéis e reforçam a ideia integrada desses conceitos.

Como também já referimos, os papéis podem ser múltiplos, assim como os vínculos. Moreno (2008, p. 246), ao aprofundar essas temáticas desenvolve o conceito de `tele´ e define *“como o fator responsável pelo índice aumentado da interação entre os membros do grupo, em virtude do elevado número de escolhas mútuas...”*. Para o autor o termo `tele` expressa a *“mais simples unidade de sentimento transmitida de um indivíduo a outro.”*

Perazzo (2010, p. 70) integra ao conceito de tele o princípio de cocriação: *“fenômeno de dupla direção, diferente, portanto, da empatia, caracterizando-se como a base da reciprocidade e da mutualidade presente nos vínculos... O critério para definição de tele é a cocriação dentro de um mesmo projeto dramático.”*

Portanto, para Moreno (2008, p. 67) tele é *“o processo que atrai ou repele as pessoas entre si; o fluxo de sentimentos que compõem, aparentemente, o átomo e as redes sociais.”*

Os vínculos mostram os tipos de relações de uma rede. Eles podem ser de *função predominante*, como próprio nome diz; *multidimensional ou versátil*, conforme as funções que uma pessoa desempenha. Ainda pode se verificar a *reciprocidade* das funções entre as pessoas; *intensidade ou compromisso*, segundo o “grau de intimidade”; *frequência dos contatos* e a *história da relação*, que demonstra como o vínculo se mantém ativo (Romano, 2011).

Moreno (2008) definiu átomo social como o núcleo de relações que se forma em torno de cada indivíduo, isto é, por todos aqueles que possuem papéis complementares em relação ao indivíduo, é a menor estrutura social.

Romano (2011, p. 125, citando Bustos, 1979) informa que as pessoas se movimentam dentro de um átomo social, que é o *“conjunto de vínculos próximos que constituem a rede de relação de um indivíduo”*. Aprofundando mais sobre o tema, a autora refere que o átomo social é entendido através da configuração social das relações interpessoais que o indivíduo constrói de forma dinâmica desde o seu nascimento. Essa rede vai se transformando, em geral, se ampliando, com o crescimento do indivíduo.

Cada pessoa vai desenvolvendo um conjunto de relações positivas ou negativas com diversos parceiros, sendo que estes também respondem de forma positiva ou negativa ao indivíduo. Nesse conjunto é possível identificar atrações, repulsões e indiferenças (Moreno, 2008).

O átomo social se constitui pelas escolhas sociométricas feitas e recebidas por um indivíduo, de acordo com critérios estabelecidos, com a tele e transferência. Os átomos, por sua vez, se ligam a outros que formam as redes sociométricas. Alguns dos papéis e contrapapéis desempenhados nessas relações, podem se cristalizar e dificultar a busca de novas experiências (Almeida, 1999).

O átomo social e as relações que o constitui reflete a necessidade das pessoas em se realizar e se satisfazer na relação com o outro, configurando uma necessidade social. No entanto, é necessário um olhar profundo para entender a sua complexidade. Por isso, Moreno (2008: 218) afirma que *“o átomo social não tem um perfil visível na superfície das coisas; precisa ser desvendado”*.

Mostrando a complexidade do átomo social, Menegazzo *et al.* (1995) informam sobre as inúmeras modificações, que enriquecem ou empobrecem o átomo social, relacionadas com os demais átomos sociais com os quais interagem. Também recebem influência das matrizes anteriores com as quais se vinculou, assim como, dos papéis originários e de todos os papéis que sucessivamente desenvolveu.

Incorporando todo esse entendimento sobre o átomo social, muitos sociopsicodramatistas usam, frequentemente, o átomo social como técnica de apresentação do indivíduo no grupo, o que facilita a compreensão das suas relações interpessoais mais significativas (PIO ABREU, 2006).

Pio Abreu (2006, p. 46) descreve o uso do átomo social como técnica grupal: *“formado por pessoas significativas, incluindo os familiares, que se dispõem no cenário, geralmente representados por egos auxiliares, eventualmente por objetos. As distâncias, posições e posturas são elementos significativos de que protagonista e auditório se tornam conscientes.*

Continuando com uma descrição simples da técnica:

“através do discurso (o sujeito) exprime o que os personagens significativos pensam a respeito do próprio; a seguir exprime que pensa de cada personagem... protagonista deverá trocar à vez com cada uma das outras personagens e, uma vez no lugar delas, exprimir, como se fosse o outro a falar, o que essa personagem pensa dela própria, o protagonista. Voltando ao seu próprio lugar, dirá então o que pensa dessa pessoa, para depois fazer a troca seguinte. Tem, portanto, lugar uma inversão de papéis com as pessoas mais significativas do seu ambiente, o que desde logo, se torna revelador das interações habituais. De fato, esta técnica é uma extensão da inversão de papéis, indicando, pois, a compreensão que o protagonista tem em relação às pessoas que lhe são significativas.” (Pio Abreu 2006, p. 46).

Com a aplicação dessa técnica é possível estudar a efetividade das relações sociais e potencializar seu reconhecimento pelo próprio indivíduo. O que vai ao encontro do

preconizado por Moreno (2008, p. 107 e 133): *“oportunidade de se encontrar e de reorganizar, de juntar elementos que podem ter sido separados por forças insidiosas, de integrá-los e de alcançar uma sensação de poder e alívio...”*. *“...contribuir, de modo que revelem material concernente à rede social em que eles se movem e às situações de vida que eles atravessam”*.

No mesmo sentido, Câmara e Amato (2020), associam a técnica do átomo social à inversão de papéis, o que possibilita ao sujeito se colocar no lugar do outro e perceber com maior clareza os conflitos das relações e a afetividade dos seus vínculos.

Alcântara e Conceição (2020) recomendam o uso da técnica para os propósitos de diagnóstico e intervenção, sendo que a sua aplicação pode variar de acordo com criatividade do terapeuta.

Zacaria da Silva (2020), ao utilizar o átomo social, visualizou a rede sociométrica dos sujeitos estudados, assim como, verificou a vulnerabilidade do grupo. Também, descreveu a qualidade dos vínculos afetivos, afirmando que estão em constante transformação.

Dávila e Gonçalves (2019) também exploraram as relações afetivas através da técnica do átomo social no seu estudo e concluíram que é um importante recurso na exploração do contexto sociométrico do paciente.

CONCLUSÃO

Os estudos consultados apresentam importantes contributos sobre a temática em estudo. O que permite afirmar a pertinência da técnica do átomo social aplicada num grupo como instrumento para conhecer os papéis e os vínculos dos seus elementos.

A técnica do átomo social facilita a compreensão do processo de construção e desconstrução de vínculos afetivos que interferem significativamente na vida emocional das pessoas. Assim, pode ser evidenciada a intensidade com que os indivíduos são aceites ou são rejeitados na dinâmica social em que estão inseridos.

A produção científica consultada também confirma a afetividade como elemento central na criação dos vínculos, por isso a importância do seu entendimento ao recriar o átomo social. Essa técnica permite ao indivíduo desempenhar os seus papéis e estabelecer os seus vínculos num processo de aprendizagem, num ambiente protegido, com finalidade terapêutica. Assim, concluímos que a técnica do átomo social tem sido considerada apropriada para conhecer os papéis e os vínculos dos seus elementos, dando direção para a continuidade da ação terapêutica, podendo ser útil na prática dos enfermeiros de saúde mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alcântara, C.M. e Conceição, M.I.C. (2020). O uso das peças do xadrez no jogo dramático: desdobramentos sociométricos e sociodinâmicos. *Revista Brasileira De Psicodrama*, 26(2), 59–71. Recuperado de <https://revbraspsicodrama.org.br/rbp/article/view/83>

- Almeida, W.C. (org) (1999). *Grupos: a proposta do psicodrama*. 2 ed. São Paulo: Ágora.
- Câmara, R.A., e Amato, M.A.P. (2020). A vivência de pacientes com câncer hematológico sob a perspectiva do psicodrama. *Revista Brasileira De Psicodrama*, 22(1), 85–91. Recuperado de <https://revbraspsicodrama.org.br/rbp/article/view/371>
- Costa, L.F. e Conceição, M.I.G. (2008). Conhecimento, intersubjetividade e as práticas sociais. In: Marra, MM e FLEURY, HJ, *Grupos, intervenção socioeducativa e método sociopsicodramático* (orgs). São Paulo: Ágora.
- Dávila, W.J.S. e Gonçalves, Y.N. (2019). O vínculo amoroso sob a perspectiva psicodramática. *Revista Brasileira De Psicodrama*, 27(2), 242–247. Recuperado de <https://revbraspsicodrama.org.br/rbp/article/view/17>
- Félix da Silva, B. & Danielski, W.C. (2020). Vínculo conjugal: um estudo psicodramático das redes relacionais do cônjuge masculino. *Revista Brasileira De Psicodrama*, 26(2), 23–35. Recuperado de <https://revbraspsicodrama.org.br/rbp/article/view/70>
- Fleury, H.J. (1999). A dinâmica do grupo e suas leis – part II-3 (49-57). In: Almeida, W. C. (org) – *Grupos: a proposta do psicodrama*. 2 ed. São Paulo: Ágora.
- Fonseca, J. (2008). *Psicodrama da Loucura*. São Paulo: Ágora. 7ªed.
- Menegazzo, C.M.; Zuretti, M.M.; Tomasini, M.A. e Cols. (1995). *Dicionário de Psicodrama e Sociodrama*. São Paulo: Ágora.
- Moreno, J.L. (2008). *Quem sobreviverá*. Edição do estudante. São Paulo: Daimon. 2008.
- Perazzo, S. *Psicodrama – o forro e o avesso*. São Paulo: Ágora. 2010.
- Pio Abreu, J.L.P. (2006). *O modelo do psicodrama moreniano*. 2ª ed. Lisboa: Climepsi. 2006.
- Romano, C.T. (2011). Tempo para se relacionar: átomo social e a saúde física e mental. *Revista brasileira de psicodrama*, 19(1), 123-134. ISSN 2318-0498. Recuperado de <https://revbraspsicodrama.org.br/rbp/article/view/162>
- Zacarias da Silva, D. (2020). Estudo Socionômico: como se formam os vínculos de jovens homossexuais vivendo em sigilo com HIV/AIDS. *Revista Brasileira De Psicodrama*, 19(1), 75–93. Recuperado de <https://revbraspsicodrama.org.br/rbp/article/view/155>
- ZEDRON, C.C. e SEMINOTTI, N.A. (2011). Papéis sociais femininos e as conservas culturais em relação ao dinheiro: cartografia de uma oficina temática de psicodrama. *Revista Brasileira de Psicodrama* 19 (1), 103-113.

Satisfação Sexual, Crenças e Atitudes na população masculina em Portugal

Bruno Daniel Dias Almeida¹; Eugénia Maria Garcia Jorge Anes^{1,2}; Manuel Alberto Morais Brás^{1,3}; Maria Cristina Martins Teixeira^{1,4}

¹Escola Superior de Saúde - Instituto Politécnico de Bragança; ²Investigador na UICISA; ³Investigador no CENTESIS; ⁴Investigador na EPIUnit - Instituto de Saúde Pública, Universidade do Porto

RESUMO

Introdução: A saúde sexual, requer uma abordagem positiva e respeitosa da sexualidade, das relações sexuais, a possibilidade de ter experiências prazerosas e sexo seguro, livre de constrangimento, discriminação e violência. O binómio da satisfação sexual e das crenças sexuais, constituem determinantes fundamentais da saúde mental do homem. **Objetivo:** Pretendeu-se avaliar a satisfação sexual e as crenças sexuais na população masculina em Portugal e a sua relação com as variáveis de caracterização. **Metodologia:** Quantitativa, estudo observacional, transversal, descritivo-analítico. Foi utilizado um Questionário composto pela *Nova Escala de Satisfação Sexual* (Pechorro et al, 2015) *Questionário das Crenças Sexuais Disfuncionais* (Nobre, Pinto, Gouveia & Gomes, 2003), às quais foram associadas questões de caracterização. Para a seleção da amostra foi utilizada a metodologia Bola de Neve. A colheita de dados decorreu em 2021. Foram respeitados todos os procedimentos éticos deste tipo de estudos, tendo em conta a *Declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo*. **Resultados:** A amostra é composta por 157 homens entre os 18 e os 73 anos. Os participantes têm em média 27,4 anos. São maioritariamente solteiros (88.6%), possuem formação superior (50.3%), são estudantes (45.9%) Aproximadamente 80% considera-se como exclusivamente heterossexual. A satisfação sexual apresenta uma média de 82,52 ($\pm 13,91$), traduzindo níveis de satisfação sexual acima da média da escala. As crenças sexuais disfuncionais apresentam uma média de 73,58 ($\pm 23,86$), apresentando menores crenças disfuncionais que a média da escala. Foi verificado um coeficiente de correlação negativo e fraco ($r = -0,164$) entre a satisfação sexual e as crenças sexuais disfuncionais. **Conclusão:** Em conclusão, as evidencias demonstram que os homens mais satisfeitos a nível sexual são os que apresentam menor nível de crenças sexuais disfuncionais. Os homens mais novos são os que possuem maior nível de crenças disfuncionais, e os que mais procuram prazer meramente através do contacto físico. Estes resultados devem ser considerados ao nível da programação de intervenções de saúde, mais concretamente na promoção e educação para uma boa saúde mental da população masculina. É imprescindível

elaborar mais pesquisas e com uma amostra mais alargada, para que se possa conhecer com mais detalhe a vivência da sexualidade na população masculina e desta forma contribuir para uma prática clínica mais personalizada e adequada às necessidades destes indivíduos.

Palavras-Chave: Saúde mental; Satisfação; Sexualidade; Crenças; Saúde do homem.

ABSTRACT

Introduction: Sexual health requires a positive and respectful approach to sexuality, sexual relationships, the possibility of having pleasurable experiences and safe sex, free from embarrassment, discrimination and violence. The binomial of sexual satisfaction and sexual beliefs are fundamental determinants of men's mental health. **Objective:** The aim was to evaluate sexual satisfaction and sexual beliefs in the male population in Portugal and their relationship with the characterization variables. **Methodology:** Quantitative, observational, cross-sectional, descriptive-analytical study. A Questionnaire composed of the New Sexual Satisfaction Scale (Pechorro et al, 2015) and Dysfunctional Sexual Beliefs Questionnaire (Nobre, Pinto, Gouveia & Gomes, 2003) was used to which characterization questions were associated. For the selection of the sample, the Snowball methodology was used. Data collection took place in 2021. All ethical procedures for this type of studies were respected, considering the Declaration of Helsinki and the Oviedo Convention. **Results:** The sample is composed of 157 men between 18 and 73 years old. Participants are on average 27.4 years old. They are mostly single (88.6%), have higher education (50.3%), are students (45.9%). Approximately 80% consider themselves to be exclusively heterosexual. Sexual satisfaction has an average of 82.52 (± 13.91), translating levels of sexual satisfaction above the average of the scale. Dysfunctional sexual beliefs have an average of 73.58 (± 23.86), presenting lower dysfunctional beliefs than the average of the scale. A negative and weak correlation coefficient ($r = -0.164$) was found between sexual satisfaction and dysfunctional sexual beliefs. **Conclusion:** In conclusion, the evidence shows that the most sexually satisfied men are the ones with the lowest level of dysfunctional sexual beliefs. Younger men are the ones with the highest level of dysfunctional beliefs, and the ones who most seek pleasure merely through physical contact. These results must be considered at the level of the programming of health interventions, more specifically in the promotion and education for a good mental health of the male population. It is essential to carry out more research and with a larger sample, so that it is possible to know in more detail the experience of sexuality in the male population and, in this way, contribute to a more personalized clinical practice and adequate to the needs of these individuals.

Keywords: Mental health; Personal satisfaction; Sexuality; Culture; Men's Health

RESUMEN

Introducción: La salud sexual requiere un abordaje positivo y respetuoso de la sexualidad, las relaciones sexuales, la posibilidad de tener experiencias agradables y sexo seguro, libre de vergüenza, discriminación y violencia. El binomio satisfacción sexual y creencias sexuales son determinantes fundamentales de la salud mental de los hombres. **Objetivo:** El objetivo fue evaluar la satisfacción sexual y las creencias sexuales en la población masculina de Portugal y su relación con las variables de caracterización. **Metodología:** Estudio cuantitativo, observacional, transversal, descriptivo-analítico. Se utilizó un Cuestionario compuesto por la Nueva Escala de Satisfacción Sexual (Pechorro et al, 2015) y el Cuestionario de Creencias Sexuales Disfuncionales (Nobre, Pinto, Gouveia & Gomes, 2003), a los que se asociaron preguntas de caracterización. Para la selección de la muestra se utilizó la metodología Snowball. La recogida de datos se realizó en 2021. Se respetaron todos los procedimientos éticos para este tipo de estudios, teniendo en cuenta la Declaración de Helsinki y el Convenio de Oviedo. **Resultados:** La muestra está compuesta por 157 hombres entre 18 y 73 años. Los participantes tienen en promedio 27,4 años. En su mayoría son solteros (88,6), tienen estudios superiores (50,3%), son estudiantes (45,9). Aproximadamente el 80% se considera exclusivamente heterosexual. La satisfacción sexual tiene una media de 82,52 ($\pm 13,91$), traducándose niveles de satisfacción sexual por encima de la media de la escala. Las creencias sexuales disfuncionales tienen una media de 73,58 ($\pm 23,86$), presentando creencias disfuncionales inferiores a la media de la escala. Se encontró un coeficiente de correlación negativo y débil ($r = -0,164$) entre la satisfacción sexual y las creencias sexuales disfuncionales. **Conclusión:** En conclusión, la evidencia muestra que los hombres más satisfechos sexualmente son los que tienen el nivel más bajo de creencias sexuales disfuncionales. Los hombres más jóvenes son los que tienen un mayor nivel de creencias disfuncionales, y los que más buscan el placer meramente a través del contacto físico. Estos resultados deben ser considerados a nivel de la programación de intervenciones en salud, más específicamente en la promoción y educación para una buena salud mental de la población masculina. Es fundamental realizar más investigaciones y con una muestra mayor, para que sea posible conocer con más detalle la vivencia de la sexualidad en la población masculina y, de esta forma, contribuir a una práctica clínica más personalizada y adecuada a las necesidades de estos individuos.

Palabras Clave: Salud mental; Satisfacción personal; sexualidad; Cultura; Salud del hombre.

INTRODUÇÃO

A sexualidade é um aspeto fundamental da saúde mental de qualquer ser humano. Essa dimensão é fundamental em tudo o que somos, sentimos e fazemos. O normal desenvolvimento depende da satisfação de necessidades humanas básicas tais como o desejo de contato, a intimidade, a expressão emocional, o prazer, o carinho e o amor. Ela é construída através da interação entre o indivíduo e as estruturas sociais. A saúde sexual pode ser definida como um estado de bem-estar físico, emocional, mental e social relacionado com a sexualidade; e não meramente a ausência de doença, disfunção ou enfermidade (WHO, 2012). A abordagem positiva da sexualidade, das relações sexuais, tanto quanto a possibilidade de ter experiências prazerosas e sexo seguro, livre de coerção, discriminação e violência, são elementos necessários para uma boa saúde sexual. Um saudável funcionamento sexual é um dos preditores mais fortes para qualidade de vida relacionada com a saúde (Stamogiannou, Grunfeld, Denison & Muir, 2005).

A satisfação sexual pode ser entendida como uma espécie de feedback afetivo, uma resposta sexual, podendo ser positivo ou negativo dependendo das dimensões da relação sexual do indivíduo (Lawrance & Byers, 1995). É uma constituinte importante da sexualidade humana, que pode ser considerada a última fase do ciclo da resposta sexual (Basson, 2001; Sierra & Buela-Casal, 2004). É então um fator relevante na qualidade de vida e no bemestar em geral, tanto da saúde física como psicológica e mental (Scott, Sandberg, Harper & Miller, 2012).

As crenças sexuais constituem um determinante com enorme impacto na satisfação sexual. Ao longo do desenvolvimento humano são construídas variadas crenças através da aprendizagem resultante das experiências de vida (Beck, Rush, Shaw & Emery, 1987). No fundo, são convicções, suposições meramente subjetivas, do certo ou errado, as crenças não são comprovadas, logo nem sempre correspondem à realidade, são até bastante limitadoras. Deste modo, por consequência de uma pobre educação sexual ou pela inacessibilidade da mesma, a informação de um indivíduo sobre a temática pode estar completamente distorcida, criando assim um impacto negativo no funcionamento sexual (Hawton, 2003; Heiman & LoPiccolo, 2008).

Torna-se imperioso a análise da relação das crenças sexuais e a sexualidade masculina e no que diz respeito à satisfação sexual (Diener, 2000; Dundon & Rellini, 2010), com vista à existência de uma sexualidade saudável. Tal, só pode acontecer quando existe maturidade psicológica e conhecimento, de forma a decidir, optar e agir sempre de forma segura e saudável (Antunes, 2007).

Assim, foi definido o objetivo de avaliar a satisfação sexual e as crenças sexuais na população masculina em Portugal e a sua relação com as variáveis de caracterização.

METODOLOGIA

Foi utilizada uma metodologia quantitativa, caracterizando-se como observacional, transversal, descritivo e analítico. Foi utilizado um questionário de autorresposta, constituído por 3 partes. Da primeira fazem parte questões de caracterização sociodemográfica, a idade, estado civil, orientação sexual e habilitações literárias. A segunda e a terceira parte são constituídas pelas escalas da satisfação sexual “Nova Escala de Satisfação Sexual – NSSS-S” Pechorro et. al. (2015) e uma escala de crenças sexuais “Questionário de Crenças Sexuais Disfuncionais – QCSD” de Nobre, Pinto, Gouveia e Gomes (2003).

Os valores de consistência interna (Tabela 1) das dimensões teóricas, avaliada com o coeficiente de consistência interna Alfa de Cronbach, variaram entre um mínimo de .622 (fraco mas aceitável) na dimensão Sexo Impessoal da EAS a um máximo de .961 (excelente) na Satisfação sexual. A categorização dos valores de Alfa tem como referência Hill (2009).

Tabela 1 – Consistência interna

	Alfa de Cronbach
<i>Satisfação sexual</i>	.961
Subescala A - Centração no Eu	.934
Subescala B - Centração no Parceiro e na Atividade Sexual	.950
<i>Crenças sexuais disfuncionais</i>	.945
Conservadorismo sexual	.901
Poder sexual feminino	.815
Crenças “Macho latino”	.761
Crenças sobre satisfação feminina	.803
Atitudes restritivas face ao sexo	.628
Sexo como abuso masculino	.646
<i>Atitudes Sexuais</i>	.881
Permissividade	.836
Instrumentalidade	.707
Comunhão	.764
Responsabilidade	.773
Sexo Impessoal	.622

Para a colheita de dados foi utilizada a plataforma Google Forms. Cada participante foi convidado a preencher o questionário e a convidar outros participantes.

Serão respeitados todos os procedimentos éticos deste tipo de estudos, tendo em conta a Declaração de Helsínquia e Convenção de Oviedo.

A população é constituída por indivíduos do sexo masculino, com idade superior a 18 anos, residentes em Portugal, sendo 5.046.600 habitantes (INE, 2011). Para a seleção da amostra foi utilizada a metodologia Bola de Neve ou *Snowball Sampling*, em que o investigador convida indivíduos amigos ou conhecidos a participar no estudo e simultaneamente a estes foi pedido que convidassem outros participantes e, assim

sucessivamente incrementando a amostra. Por analogia a uma bola de neve que rola monte abaixo e à medida que rola vai aumentando o seu tamanho. A amostra resultante caracteriza-se como não probabilística e acidental e é constituída por 157 participantes.

RESULTADOS

Em termos de caracterização da amostra, os participantes têm em média 27.4 anos, variando entre um mínimo de 18 e um máximo de 73 anos. A maioria é solteiro (88.6%), não tem filhos (89.8%), possui um grau de ensino superior (50.3%) ou ainda é estudante (45.9%). Aproximadamente 80% considera-se como exclusivamente heterossexual. A satisfação sexual apresenta uma média de 82,52 ($\pm 13,91$), traduzindo níveis de satisfação sexual acima da média da escala. As crenças sexuais disfuncionais apresentam uma média de 73,58 ($\pm 23,86$), apresentando menores crenças disfuncionais que a média da escala (Tabela 2).

Tabela 2 – Níveis de satisfação sexual e crenças sexuais

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Satisfação sexual	20,00	100,00	82,52	13,91
Subescala A - Centração no Eu	10,00	50,00	42,71	6,58
Subescala B - Centração no Parceiro e na Atividade Sexual	10,00	50,00	39,80	8,27
Crenças sexuais disfuncionais	40,00	160,00	73,58	23,86
Conservadorismo sexual	9,00	36,00	12,04	4,98
Poder sexual feminino	8,00	32,00	16,92	6,30
Crenças "Macho latino"	7,00	29,00	13,83	5,40
Crenças sobre satisfação feminina	5,00	21,00	9,75	4,43
Atitudes restritivas face ao sexo	4,00	16,00	6,90	2,78
Sexo como abuso masculino	3,00	12,00	4,67	2,01

Os resultados da análise da satisfação sexual e crenças sexuais e as variáveis de caracterização serão analisados de seguida. Em relação à variável idade (Tabela 3) constatamos através do teste multivariado da Manova indica que não existem diferenças significativas entre os escalões etários na satisfação sexual, $\Lambda = .958$, $F(4, 306) = 1.665$, $p = .158$ e nas atitudes sexuais, $\Lambda = .907$, $F(12, 298) = 1.244$, $p = .252$. Indicando que existem diferenças significativas em pelo menos uma das dimensões das crenças sexuais, $\Lambda = .855$, $F(14, 296) = 1.728$, $p = .049$. Os testes de comparações emparelhadas indicam que nas crenças: poder sexual feminino, crenças sobre satisfação feminina, atitudes restritivas, sexo como abuso masculino e crenças total os sujeitos mais novos têm valores mais elevados do que os com 25-34 anos e mais de 35 anos e que os sujeitos com 25-34 anos têm valores mais elevados do que os com mais de 35 anos. Nas crenças de conservadorismo os sujeitos mais novos têm valores mais elevados do que os com mais de 35 anos.

Tabela 3 – Relação da satisfação e crenças sexuais e a idade

	Até 24 anos		25 – 34 anos		≥ 35 anos		Sig.
	M	DP	M	DP	M	DP	
Satisfação sexual							
Satisfação	83,00	14,15	81,09	15,10	83,65	10,30	,688
Centração no Eu	42,47	6,79	42,64	6,92	43,78	5,11	,697
Centração no Parceiro e na Ati. Sexual	40,53	8,13	38,45	9,37	39,87	6,17	,383
Crenças sexuais							
Conservadorismo	12,84	5,81	11,49	3,74	10,17	2,84	,048*
	17,68	6,19	17,62	6,65	12,70	4,20	,002*
Poder sexual feminino							*
Crenças Macho latino	14,33	5,10	13,96	5,96	11,70	5,08	,113
Crenças sobre satisfação feminina	10,30	4,42	9,89	4,71	7,39	3,10	,018*
Atitudes restritivas	7,11	2,86	7,17	2,82	5,57	2,06	,043*
	5,00	2,15	4,64	2,03	3,52	,73	,007*
Sexo como abuso masculino							*
QCSD total	76,79	25,02	75,28	22,25	58,00	16,03	,003*
							*

No que respeita às habilitações literárias (Tabela 4), o teste multivariado da Manova indica que não existem diferenças significativas entre níveis de escolaridade na satisfação sexual, $\Lambda = 0.991$, $F(2, 154) = 0.683$, $p = .507$, nas crenças, $\Lambda = .958$, $F(7, 149) = 0.935$, $p = .482$.

Tabela 4 – Relação da satisfação e crenças sexuais e as habilitações literárias

	≤ secundário		Superior		Sig.
	M	DP	M	DP	
Satisfação sexual					
Satisfação	81,95	15,88	82,87	12,65	,690
Centração no Eu	42,17	7,76	43,04	5,79	,424
Centração no Parceiro e na Atividade Sexual	39,78	8,97	39,83	7,88	,973
Crenças sexuais					
Conservadorismo	12,83	6,66	11,57	3,58	,126
Poder sexual feminino	16,92	6,74	16,94	6,06	,982
Crenças Macho latino	13,61	5,38	13,97	5,45	,688
Crenças sobre satisfação feminina	9,56	4,53	9,87	4,40	,675
Atitudes restritivas	6,92	3,03	6,90	2,65	,970
Sexo como abuso masculino	4,85	2,41	4,57	1,75	,409
QCSD total	74,10	28,27	73,28	20,93	,834

Relativamente ao estado civil (Tabela 5), foi realizada a análise multivariada de Manova, indicando que não existem diferenças significativas na satisfação sexual, $\Lambda(\text{lambda de wilks}) = 1.000$, $F(2, 152) = 0.002$, $p = .9988$ e nas crenças sexuais, $\Lambda = .930$, $F(7, 147) = 1.578$, $p = .146$, em função do estado civil. O teste multivariado da Manova indica que existem diferenças significativas em pelo menos uma das dimensões das atitudes sexuais, $\Lambda = .917$, $F(6, 148) = 2.229$, $p = .043$.

Tabela 5 - Relação da satisfação e crenças sexuais e o estado civil

	Solteiro		Casado		Sig.
	M	DP	M	DP	
Satisfação sexual					
Satisfação	82,47	14,25	82,31	11,25	,965
Centração no Eu	42,73	6,78	42,62	5,00	,954
Centração no Parceiro e na Atividade Sexual	39,75	8,46	39,69	6,86	,978
Crenças sexuais					
Conservadorismo	12,05	4,95	12,38	5,62	,807
Poder sexual feminino	17,21	6,39	15,31	5,28	,255
Crenças Macho latino	13,96	5,33	13,56	6,07	,779
Crenças sobre satisfação feminina	9,96	4,46	8,44	4,19	,196
Atitudes restritivas	6,95	2,79	6,88	2,85	,920
Sexo como abuso masculino	4,77	2,05	4,06	1,73	,186
QCSD total	74,59	23,77	67,94	24,48	,292

Na análise da variável orientação sexual (Tabela 6), verificamos, através do teste multivariado da Manova que não existem diferenças significativas entre as diferentes orientações sexuais na satisfação sexual, $\Lambda = 0.982$, $F(4, 306) = 0.697$, $p = .595$, e nas crenças, $\Lambda = .902$, $F(7, 296) = 1.125$, $p = .335$.

Tabela 6 - Relação da satisfação e crenças sexuais e a orientação sexual

	Heterossexual		Homossexual		Bissexual		Sig.
	M	DP	M	DP	M	DP	
Satisfação sexual							
Satisfação	82,95	14,11	80,45	14,60	81,14	12,86	,751
Centração no Eu	42,89	6,88	40,91	5,74	42,64	5,30	,636
Centração no Parceiro e na Atividade Sexual	40,06	8,16	39,55	9,60	38,50	8,52	,715
Crenças sexuais							
Conservadorismo	12,38	5,25	9,91	1,64	11,23	4,21	,206
Poder sexual feminino	17,48	6,42	14,36	5,63	15,09	5,49	,097
Crenças Macho latino	14,34	5,49	10,00	1,90	12,91	5,40	,026
Crenças sobre satisfação feminina	10,15	4,44	6,91	2,26	8,91	4,73	,041
Atitudes restritivas	7,13	2,92	5,64	1,80	6,27	2,19	,122
Sexo como abuso masculino	4,71	2,08	4,36	1,91	4,64	1,76	,860
QCSD total	75,86	24,58	61,27	15,92	66,91	20,37	,055

Relativamente à relação entre os níveis de Satisfação sexual e as crenças sexuais (Tabela 7), foram encontrados coeficientes de correlação estatisticamente significativos: Satisfação sexual global e conservadorismo sexual ($r = -.162$), poder sexual feminino ($r = -.230$) e crenças sexuais globais ($r = -.164$). Os coeficientes são negativos e fracos. Assim, quanto mais elevada é a satisfação sexual, menor será o nível destas crenças sexuais. Satisfação sexual na centração no eu, conservadorismo ($r = -.233$), poder feminino ($r = -.214$) e crenças sexuais globais ($r = -.184$). Os coeficientes são negativos e fracos. Assim, quanto mais elevada é a satisfação sexual na centração no eu, menor é o nível destas crenças. Satisfação sexual na centração no parceiro e na atividade

sexual e poder sexual feminino ($r = -.217$). O coeficiente é negativo e fraco. Assim, quanto mais elevada é a satisfação sexual na centração no parceiro e na atividade sexual, menor é o nível destas crenças.

Tabela 7 – Correlação entre satisfação sexual e crenças sexuais

	Satisfação sexual	Centração no eu	Centração no parceiro e na atividade sexual
Conservadorismo sexual	-,162*	-,233**	-,086
Poder sexual feminino	-,230**	-,214**	-,217**
Crenças “Macho latino”	-,101	-,093	-,095
Crenças sobre satisfação feminina	-,042	-,067	-,016
Atitudes restritivas face ao sexo	-,078	-,080	-,067
Sexo como abuso masculino	-,145	-,142	-,130
QCSD total	-,164*	-,184*	-,129

DISCUSSÃO

Os resultados obtidos revelam, assim, que quanto mais elevada é a satisfação sexual em qualquer das suas dimensões, menor é o nível de crenças sexuais, deste modo percebemos que os homens portugueses que têm menores nível de crenças sexuais são os mais satisfeitos a nível sexual. Há então uma relação entre a satisfação sexual e as crenças sexuais em indivíduos do sexo masculino em Portugal.

Em estudos realizados por Nobre e Carvalho (2010), percebe-se que os valores culturais são responsáveis pelo que ocorre cognitiva e emocionalmente durante a atividade sexual e embora as mulheres tendem a ser mais influenciadas por fatores culturais, as questões da masculinidade e da *performance* parecem estar presentes na maneira como os homens percebem a sua sexualidade e o relacionamento com o seu parceiro.

Maiores níveis de crenças sexuais desajustadas estão associados a níveis inferiores de satisfação sexual, este resultado comprova a ideia de que as atitudes e crenças em relação à sexualidade influenciam a maneira como nós a experienciamos e interpretamos os acontecimentos e como crenças desajustadas podem-se relacionar com uma experiência mais negativa da sexualidade e da própria satisfação sexual (Nobre, Gouveia & Gomes, 2003; Pires & Pereira, 2012).

Estudos demonstram uma associação significativa entre a escala global das crenças sexuais e satisfação sexual em ambos os sexos (Ledo, 2016). Nobre, Pinto-Gouveia e Gomes (2003) justificam este facto explicando que as crenças disfuncionais se podem relacionar com uma experiência negativa da sexualidade e da satisfação sexual, uma vez que estas influenciam a forma como cada um vive e interpreta as suas experiências sexuais.

Os resultados revelam também que quanto mais elevada é a satisfação sexual, em todas as suas dimensões, mais elevada é a atitude de “comunhão”, dimensão esta, que reflete as atitudes sexuais como a experiência íntima, física e psicológica, a partilha, o envolvimento e o idealismo, pois existe uma relação entre a satisfação sexual e as atitudes sexuais dos indivíduos do sexo masculino em Portugal.

Nas crenças “poder sexual feminino”, crenças sobre satisfação feminina, atitudes restritivas, sexo como abuso masculino e crenças globais, os testes de comparações emparelhadas indicam que os sujeitos mais novos têm valores mais elevados do que os sujeitos mais velhos, ou seja, quanto mais velhos são uns indivíduos, o nível destas crenças vai diminuindo. Nas crenças de conservadorismo os sujeitos mais novos têm valores mais elevados do que os com mais de 35 anos, confirma-se assim que existem diferenças significativas em pelo menos uma das dimensões das atitudes sexuais em função da idade.

Verificou-se que não existem diferenças significativas nos níveis de satisfação sexual e de crenças sexuais em função do estado civil. No entanto, os testes de comparações emparelhadas indicam que os indivíduos que têm mais atitudes de sexo impessoal, são os homens solteiros, obtendo assim níveis mais baixos os indivíduos casados, verifica-se, então, que existe uma diferença significativa nos níveis de atitudes sexuais em função da variável de caracterização “estado civil”. Segundo estudos de Brock e Jennings (2007) embora os resultados obtidos não apresentem diferenças muito significativas, verifica-se que os sujeitos casados eram os que apresentavam níveis de satisfação sexual mais elevados, o que poderá justificar-se pelo tipo de relacionamento, nível de confiança e intimidade existente entre os casais.

A orientação sexual não sugere quaisquer diferenças significativas entre os níveis de satisfação sexual, crenças sexuais e atitudes sexuais.

CONCLUSÃO

Ficou demonstrado que esta amostra é representativa da população, pois é não probabilística e acidental (Miot, 2011), limitando a generalização dos resultados obtidos no estudo, resultando apenas numa amostra de 157 indivíduos.

estudo e quem decidiu participar ou não, não sendo possível calcular a taxa exata de participação no estudo.

Os participantes mais satisfeitos a nível sexual são os que apresentam menor nível de crenças sexuais. Deste modo os homens que procuram prazer meramente através do contacto físico são os que possuem maior nível de crenças, sendo os homens mais novos a detentores deste nível. Porém os que possuem menor número de crenças são os que detêm mais atitudes de responsabilidade sexual e que mais praticam sexo impessoal, sendo estas últimas atitudes mais praticadas pelos indivíduos solteiros.

É imprescindível elaborar mais pesquisas, para que se possa conhecer com mais detalhe a vivência da sexualidade na população masculina e desta forma contribuir para uma prática clínica mais personalizada e adequada às necessidades do indivíduo, pois os estudos encontrados são relativamente limitados e maioritariamente centrados no sexo feminino.

Seria de especial relevância estudar o impacto da intervenção ao nível da prevenção de problemas de satisfação sexual, de modo a colmatar certas crenças e a estabelecer relações de causa-efeito entre as informações e dinâmicas promotoras de uma saúde sexual global. A realização de estudos longitudinais com programas de educação sexual que promovam crenças sexuais mais flexíveis e saudáveis, permitiria estudar o seu impacto na satisfação e funcionamento sexual.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Antunes, M. (2007). *Atitudes e Comportamentos Sexuais de estudantes do ensino superior*. Coimbra: FORMASAU.
- Basson, R. (2001). Female sexual response: The role of drugs in the management of sexual dysfunction. *American College of Obstetrics and Gynecology*, 98, 350-352.
- Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw, B. F., & Emery, G. (1987). *Cognitive therapy of depression*. New York: Routledge.
- Diener, E. (2000). Subjective Well-Being: The Science of Happiness, and a Proposal for National Index. *American Psychologist*, 55, 34-43.
- Dundon C.M. & Rellini A.H. (2010). More than sexual function: predictors of sexual satisfaction in a sample of women age 40–70. *J Sex Med*.7(2), 896–904.
- Hawton, K. (2003). *Sex therapy: a practical guide*. New York: Oxford University Press.
- Heiman, J. R., & LoPiccolo, J. (2008). *Becoming orgasmic: A sexual and personal growth program for women*. London: Piatkus Books.
- Hill, M.M. & Hill, A. (2009), *Investigação por questionário*, Edições Sílabo, 2ª edição, Lisboa.
- Lawrance, K., & Byers, E. S. (1995). Sexual satisfaction in long-term heterosexual relationships: The Interpersonal Exchange Model of Sexual Satisfaction. *Personal Relationships*, 2, 267-285.
- Miot, H. A. (2011). Tamanho da amostra em estudos clínicos e experimentais. *Jornal Vasculiar Brasileiro*,10(4), 275-278.
- Nobre, P. J., Pinto-Gouveia, J., & Gomes, F. A. (2021). Sexual dysfunctional beliefs questionnaire: An instrument to assess sexual dysfunctional beliefs as vulnerability factors to sexual problems. *Sexual and Relationship Therapy*, 18, 171-204.
- Pechorro, P.S., Almeida, A.I., Figueiredo, C.S., Pascoal, P.M., & Vieira, R.X. (2015). Validação Portuguesa da Nova Escala de Satisfação Sexual. *Revista Internacional de Andrologia*. 13(2), 47–53.
- Sierra & Buela-Casal (2004). *Manual De Evaluacion Y Tratamientos Psicologicos*. Espanha. Biblioteca Nueva.
- Scott, V. C., Sandberg, J. G., Harper, J. M., & Miller, R. B. (2012). The impact of depressive symptoms and health on sexual satisfaction for older couples: Implications for clinicians. *Contemporary Family Therapy*, 34, 376-390.

Stamogiannou, I., Grunfeld, E.A., Denison, K., & Muir, G. (2005). Beliefs about illness quality of life among men with erectile dysfunction. *International Journal of Impotence Research*, 17; 142-147

WHO (2012). *Health Topics: Sexual Health*. Disponível em http://www.who.int/topics/sexual_health/en/. Acedido em: abr. 2021.

UMA APOSTA NO AZAR - Revisão e Abordagem ao Jogo Patológico

Salomé Mouta¹; Isabel Fonseca Vaz¹; Sara Freitas Ramos¹; Bianca Jesus¹; João Martins Correia¹; Silvina Fontes¹

¹Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde da Guarda

RESUMO

Contexto: A prevalência de Jogo Patológico (no contexto de jogos de fortuna/azar) ao longo da vida varia entre 0,2% e 0,6% na população geral, estimando-se que seja superior na população jovem (American Psychiatric Association [APA], 2013). O Jogo Patológico (JP) caracteriza-se por um comportamento persistente e recorrente de jogo mal adaptativo que está associado a sofrimento/prejuízo substancial (Potenza et al., 2019). **Objetivo:** Propomos uma revisão global acerca do Jogo Patológico, abordando os seus aspetos mais relevantes. **Métodos:** Revisão não sistemática da literatura. **Resultados:** O conhecimento dos instrumentos de *screening* para proporcionar mais facilmente a identificação de jogadores patológicos é fundamental, destacando-se o questionário LIE/BET pela sua simplicidade (Domino, 2021; Erbas & Buchner, 2012; Potenza et al., 2019). O diagnóstico de JP deve ser feito com base nos critérios definidos no *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (DSM-5) que incluem esforços repetidos e sem sucesso para controlar/reduzir/parar de jogar e depender de terceiros para aliviar uma situação financeira desesperante causada pelo jogo (APA, 2013). Existem fatores mais frequentemente associados ao desenvolvimento deste distúrbio (idade jovem, género masculino, abuso de substâncias, história familiar, etc.) (APA, 2013; Colon-Rivera, 2021; Domino, 2021; Erbas & Buchner, 2012; Mayo Clinic, (2016); Potenza et al., 2019) e os doentes têm grande probabilidade de apresentar comorbidades, especialmente psiquiátricas (APA, 2013; Domino, 2021; Erbas & Buchner, 2012; Potenza et al., 2019). Outro aspeto preocupante acerca desta patologia são as suas consequências nefastas, já que têm um forte impacto psicossocial nos indivíduos e nas suas famílias (APA, 2013; Colon-Rivera, 2021; Domino, 2021; Mayo Clinic, 2016). Por último, o tratamento destes doentes pode passar por intervenções psicossociais, mas também por farmacoterapia (Colon-Rivera, 2021; Domino, 2021; Potenza et al., 2019). **Conclusões:** O número de pessoas com Jogo Patológico tem vindo a aumentar e, dadas as suas consequências nocivas, é de destacar a necessidade de prevenir o seu desenvolvimento, bem como de melhorar os esforços de deteção precoce e tratamento atempado (Domino, 2021; Erbas & Buchner, 2012; Potenza et al., 2019).

Palavras-Chave: Jogo de Azar; Jogo Patológico; Medicina do Vício.

ABSTRACT

Background: The lifetime prevalence of Gambling Disorder varies between 0,2% and 0,6% in the general population, and it is estimated to be higher in the young population (American Psychiatric Association [APA], 2013). Gambling Disorder (GD) is characterized by persistent and recurrent maladaptive gambling behavior that is associated with substantial suffering/harm (Potenza et al., 2019). **Aim:** We propose a review of Gambling Disorder, addressing its most relevant aspects. **Methods:** Non-systematic literature review. **Results:** Knowing the available screening instruments for pathological gambling is essential to facilitate its identification, with the LIE/BET questionnaire standing out for its simplicity (Domino, 2021; Erbas & Buchner, 2012; Potenza et al., 2019). The diagnosis of GD must be made based on the Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5) criteria, which include repeated and unsuccessful efforts to control/reduce/stop gambling and relying on others to alleviate a desperate financial situation caused by gambling (APA, 2013). Several factors are more frequently associated with the development of this disorder (young age, male gender, substance abuse, family history, etc.) (APA, 2013; Colon-Rivera, 2021; Domino, 2021; Erbas & Buchner, 2012; Mayo Clinic. (2016); Potenza et al., 2019) and patients are very likely to have comorbidities, especially psychiatric disorders (APA, 2013; Domino, 2021; Erbas & Buchner, 2012; Potenza et al., 2019). Another worrying aspect about this pathology is its disastrous consequences, as it has a strong psychosocial impact on the individuals and their families (APA, 2013; Colon-Rivera, 2021; Domino, 2021; Mayo Clinic, 2016). Finally, the treatment of these patients may involve psychosocial interventions, but also pharmacotherapy (Colon-Rivera, 2021; Domino, 2021; Potenza et al., 2019). **Conclusions:** The number of people with Gambling Disorder has been increasing and, given its harmful consequences, it is important to emphasize the need to prevent its development, as well as to improve efforts for early detection and timely treatment (Domino, 2021; Erbas & Buchner, 2012; Potenza et al., 2019).

Keywords: Gambling; Pathological Gambling; Addiction Medicine.

RESUMEN

Contexto: La prevalencia a lo largo de la vida del juego patológico (en el contexto de los juegos de azar) varía entre 0,2% y 0,6% en la población general, y se estima que es mayor en la población joven (American Psychiatric Association [APA], 2013). El juego patológico (JP) se caracteriza por un comportamiento de juego desadaptativo persistente y recurrente que se asocia a un sufrimiento/daño sustancial (Potenza et al., 2019). **Objetivo(s):** Proponemos una revisión global del Juego Patológico, abordando sus aspectos más relevantes. **Metodología:** Revisión no sistemática de la literatura. **Resultados:** El conocimiento de los instrumentos de *screening* que faciliten la identificación de los jugadores patológicos es fundamental, destacando el cuestionario

LIE/BET por su sencillez (Domino, 2021; Erbas & Buchner, 2012; Potenza et al., 2019). El diagnóstico de JP debe realizarse con base en los criterios definidos en el *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition (DSM-5)*, que incluyen esfuerzos repetidos y fallidos para controlar/reducir/ detener el juego y depender de otros para aliviar una situación financiera desesperante provocada por el juego (APA, 2013). Existen factores asociados con mayor frecuencia al desarrollo de este trastorno (edad joven, género masculino, abuso de sustancias, antecedentes familiares, etc.) (APA, 2013; Colon-Rivera, 2021; Domino, 2021; Erbas & Buchner, 2012; Mayo Clinic. (2016); Potenza et al., 2019) y los pacientes son muy propensos a tener comorbilidades, especialmente psiquiátricas (APA, 2013; Domino, 2021; Erbas & Buchner, 2012; Potenza et al., 2019). Otro aspecto preocupante de esta patología son sus desastrosas consecuencias, ya que tiene un fuerte impacto psicosocial en el jugador y su familia (APA, 2013; Colon-Rivera, 2021; Domino, 2021; Mayo Clinic, 2016). Finalmente, el tratamiento de estos pacientes puede implicar intervenciones psicosociales, pero también farmacoterapia (Colon-Rivera, 2021; Domino, 2021; Potenza et al., 2019).

Conclusiones: El número de personas con Juego Patológico ha aumentado y, dadas sus consecuencias dañinas, es importante destacar la necesidad de prevenir su desarrollo, así como mejorar los esfuerzos de detección precoz y tratamiento oportuno (Domino, 2021; Erbas & Buchner, 2012; Potenza et al., 2019).

Palabras Clave: Juego de Azar; Juego Patológico; Medicina de las Adicciones.

INTRODUÇÃO

A prevalência de Jogo Patológico (no contexto de jogos de fortuna/azar) ao longo da vida varia entre 0,2% e 0,6% na população geral, estimando-se que esta seja superior na população jovem (APA, 2013). O Jogo Patológico (também designado Jogo Compulsivo) caracteriza-se por um comportamento persistente e recorrente de jogo mal adaptativo que está associado a sofrimento ou prejuízo substancial (Potenza et al., 2019).

Trata-se de uma perturbação frequentemente subdiagnosticada e, infelizmente, apenas uma pequena porção dos doentes recebe apoio e tratamento adequados (Erbas & Buchner, 2012).

É relevante salientar o facto de os comportamentos de jogo terem evoluído ao longo do tempo. Anteriormente, era predominante o jogo nos casinos, em que as pessoas tinham de se deslocar para fazer as apostas e, embora pudessem tentar ocultar este hábito, tornava-se mais fácil para quem as rodeava identificar o problema. Contudo, com o evoluir dos tempos e tendo em conta o fácil acesso aos meios digitais na sociedade atual, grande parte dos jogos e apostas são realizados através da Internet. Desta forma, se por um lado a acessibilidade aos meios para jogar e apostar é muito superior, por outro lado, a facilidade em esconder estas práticas também o é, o que tanto confere um

maior perfil aditivo como nos pode deixar com maior dificuldade em detetar os casos de Jogo Patológico e em atuar adequadamente.

Por outro lado, também não podemos deixar de referir jogos como as raspadinhas, que têm cada vez um maior número de adeptos e possuem um carácter altamente aditivo porque, para além de serem fáceis e baratas de comprar, conferem uma sensação de gratificação instantânea, que leva rapidamente ao estabelecimento de uma adição.

MÉTODOS

Revisão não sistemática da literatura.

RESULTADOS

Fatores de Risco

Exatamente o que leva alguém a jogar compulsivamente não é bem compreendido. Contudo, tal como outros distúrbios, o Jogo Patológico pode resultar de uma combinação de fatores biológicos, genéticos e ambientais (APA, 2013; Potenza et al., 2019). Embora a maioria das pessoas que jogam ou apostam nunca desenvolvam problemas com o jogo, alguns fatores são mais frequentemente associados ao desenvolvimento de jogo patológico, tais como: idade jovem, género masculino, distúrbios psiquiátricos (incluindo abuso de substâncias), exposição à violência, história familiar positiva, estatuto socioeconómico baixo, abuso e/ou negligência infantil, testemunhar trauma ou ser vítima de violência e efeitos laterais raros de fármacos (por exemplo, medicamentos antipsicóticos ou agonistas da dopamina) (APA, 2013; Colon-Rivera, 2021; Domino, 2021; Erbas & Buchner, 2012; Mayo Clinic. (2016); Potenza et al., 2019).

Screening

Existem vários instrumentos de *screening* ao dispor dos profissionais de saúde, entre eles: *Brief Biosocial Gambling Screen* (BBGS), *South Oaks Gambling Screen* (SOGS), *Massachusetts Gambling Screen* (MAGS), *National Opinion Research Center DSM-4 Screen for Gambling Problems* (NODS), *Victorian Gambling Screen* (VGS) e o questionário LIE/BET (Domino, 2021; Erbas & Buchner, 2012; Potenza et al., 2019). Destacamos este último instrumento pela sua simplicidade: é composto por duas questões que são sensíveis às questões centrais do Jogo Patológico e uma resposta positiva a qualquer uma das perguntas sugere a necessidade de investigar a presença de critérios adicionais para a patologia. As duas questões que integram este questionário são: "Já teve que mentir a pessoas importantes para si sobre o quanto apostou/jogou?" e "Já sentiu necessidade de apostar mais dinheiro?" (Domino, 2021).

Crítérios de Diagnóstico

Conforme a classificação do DSM-5 (*Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*) o Jogo Patológico (*Gambling Disorder*) trata-se de uma Adição Comportamental (APA, 2013). Porém, é de referir que nem sempre existiu consenso no que respeita a esta classificação, tendo sido anteriormente visto como uma perturbação do espectro obsessivo-compulsivo ou uma perturbação de controlo dos impulsos. Esta nova classificação do DSM-5 reflete as semelhanças com perturbações relacionadas com o uso de substâncias e isto pode ser útil, por exemplo, na identificação de um tratamento adequado.

Segundo o DSM-5, o diagnóstico de Jogo Patológico deve reunir quatro ou mais dos seguintes critérios:

- Preocupação frequente com o jogo (por exemplo, preocupação em reviver experiências passadas de jogo, planejar a próxima aposta, ou pensar em maneiras de ganhar dinheiro para jogar);
- Necessidade de apostar quantias crescentes de dinheiro para alcançar a emoção desejada;
- Esforços repetidos e sem sucesso para controlar, reduzir ou parar de jogar;
- Inquietação ou irritabilidade quando tenta reduzir ou parar de jogar;
- Muitas vezes, jogar como uma forma de escapar a problemas ou aliviar humores disfóricos (por exemplo, sentimentos de impotência, culpa, ansiedade ou depressão);
- Depois de jogar e perder dinheiro, muitas vezes jogar outro dia para recuperar as perdas ("perseguir" as próprias perdas; "correr atrás do prejuízo");
- Mentir a familiares ou outras pessoas para ocultar a extensão do jogo;
- Colocar em risco ou perder um relacionamento significativo (por exemplo, cônjuge), emprego ou oportunidade educacional ou profissional por causa do jogo;
- Dependere de terceiros para fornecer dinheiro para aliviar uma situação financeira desesperante causada pelo jogo;

Além disso, o comportamento de jogo não é melhor explicado por um episódio maníaco (APA, 2013).

Comorbilidades e Consequências

De enorme importância é também o facto de os indivíduos que sofrem de Jogo Patológico terem grande probabilidade de apresentar outras patologias, especialmente do foro psiquiátrico, nomeadamente: perturbações afetivas, perturbações de ansiedade, perturbação de stresse pós-traumático e trauma, perturbações de personalidade, perturbação de hiperatividade e défice de atenção e perturbações relacionadas com o uso de substâncias, existindo uma alta comorbidade com o alcoolismo crónico (APA, 2013; Domino, 2021; Erbas & Buchner, 2012; Potenza et al., 2019).

Por outro lado, o jogo patológico pode ter consequências graves e duradouras para a vida do doente, sobretudo conflitos familiares e/ou conjugais, problemas de relacionamento com terceiros, problemas financeiros (incluindo dívidas e falência), problemas legais, baixo desempenho no trabalho ou perda de emprego, estado de saúde global deficitário (associado a patologias como a hipertensão, obesidade, insônia, depressão, etc.), assim como suicídio, tentativas de suicídio ou pensamentos suicidas (APA, 2013; Colon-Rivera, 2021; Domino, 2021; Mayo Clinic, 2016).

Tratamento

No que respeita ao tratamento, existem intervenções psicossociais como os Jogadores Anónimos (que diz respeito a um programa de autoajuda de 12 passos que pode ser uma opção razoável especialmente em doentes resistentes ao encaminhamento psiquiátrico), Terapias Cognitivas, Terapias Cognitivo-comportamentais e intervenções motivacionais. Está igualmente disponível tratamento farmacológico, em que é possível recorrer a fármacos antagonistas dos recetores opióides (Naltrexona e Nalmefeno), fármacos monoaminérgicos, fármacos glutamatérgicos (Topiramato, Modafinil) e/ou fármacos antidepressivos (Colon-Rivera, 2021; Domino, 2021; Potenza et al., 2019).

Contudo, não deve ser esquecida a importância de envolver a família do doente para ajudar a encorajá-lo a seguir as recomendações de tratamento, fornecer recursos de apoio ao doente e aos seus familiares e tratar condições comórbidas como distúrbios afetivos e abuso de substâncias, bem como intervir para reduzir o risco de suicídio (Colon-Rivera, 2021; Domino, 2021; Potenza et al., 2019).

DISCUSSÃO

O jogo, uma busca de lazer para a maioria dos indivíduos, é considerado um comportamento potencialmente viciante, que para alguns pode mesmo levar ao Jogo Patológico, que acarreta sofrimento e danos significativos na vida do jogador.

Conforme previamente descrito, existem vários fatores de risco para o desenvolvimento deste distúrbio, bem como diversas comorbidades e consequências nefastas. Contudo, existem instrumentos de *screening* e algumas modalidades de tratamento que podem ser aplicadas a doentes que sofram desta patologia, prevenindo e/ou diminuindo a extensão da gravidade dos seus *outcomes* desfavoráveis.

CONCLUSÃO

Em jeito de conclusão, é de referir que o número de pessoas com Jogo Patológico tem vindo a aumentar, promovendo um marcado impacto social pela influência negativa em questões laborais, interpessoais, financeiras e legais (Domino, 2021).

Dadas as associações com baixa qualidade de vida e suicídio, é de destacar a necessidade não só de prevenir o desenvolvimento desta patologia, mas também de melhorar os esforços de deteção precoce e tratamento atempado (e com as melhores

intervenções disponíveis) para ajudar as pessoas que sofrem deste distúrbio (Erbas & Buchner, 2012; Potenza et al., 2019).

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

Tal como supracitado nesta revisão, face à pertinência e prevalência com tendência crescente do Jogo Patológico, acreditamos e destacamos a importância do conhecimento aprofundado desta patologia por parte dos profissionais de saúde. Tal conhecimento (acerca de aspetos como fatores de risco, métodos de *screening*, critérios de diagnóstico, comorbilidades, consequências e tratamento deste distúrbio) parece-nos extremamente benéfico para uma melhor prestação de cuidados de saúde, na medida em que permite aos profissionais aperfeiçoar os seus esforços/capacidades de prevenção, reconhecimento, tratamento e redução de potenciais danos na vida do doente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. (2013). Gambling Disorder. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5ª edição), (pp. 585-589). Arlington, Va.

Colon-Rivera, H. (2021). What Is Gambling Disorder?. *psychiatry.org*. Acedido em <https://www.psychiatry.org/patients-families/gambling-disorder/what-is-gambling-disorder>

Domino, F. J. (2021). Overview of gambling disorder. *UpToDate*. Acedido em <https://www.uptodate.com/contents/overview-of-gambling-disorder>

Erbas, B. & Buchner, U. G., (2012). Pathological Gambling. *Deutsches Aerzteblatt Online*. doi:10.3238/arztebl.2012.0173

Mayo Clinic. (2016). Compulsive gambling - Symptoms and causes. *Mayo Clinic*. Acedido em <https://www.mayoclinic.org/diseases-conditions/compulsive-gambling/symptoms-causes/syc-20355178>

Potenza, M. N., Balodis, I. M., Derevensky, J., Grant, J. E., Petry, N. M., Verdejo-Garcia, A. & Yip, S. W., (2019). Gambling disorder. *Nature Reviews Disease Primers*. 5(1). doi:10.1038/s41572-019-0099-7

Saúde mental nos cuidadores de doentes com demência

Daniela Oliveira Martins¹; Sara Gomes Rodrigues²

¹ Médica Interna de Formação Específica em Psiquiatria, Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E., Porto, Portugal. danielaoliveiramartins@hmlemos.min-saude.pt

² Médica Interna de Formação Específica em Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Departamento de Pedopsiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência, Centro Hospitalar e Universitário do Porto, Porto, Portugal. sararodrigues.pedopsiquiatria@gmail.com

RESUMO

Introdução: Os cuidadores de pessoas com demência são essenciais para a qualidade de vida dos destinatários dos seus **cuidados**. A prestação de cuidados causa, invariavelmente, repercussões extremas no cuidador, tanto a nível da saúde física como da saúde mental. **Objetivos:** Apresentar uma revisão da bibliografia sobre a saúde mental nos cuidadores de doentes com demência. **Metodologia:** Revisão bibliográfica utilizando base de dados informatizadas (Pubmed®, Medscape®) com as seguintes palavras-chave: "mental health", "dementia" e "caregivers". Os artigos foram selecionados pelos autores de acordo com a sua relevância. **Resultados:** Os cuidadores de idosos com demência tendem a apresentar níveis mais elevados de depressão, stress, ansiedade, irritabilidade, maior consumo de psicofármacos e menor tempo de lazer do que aqueles que prestam cuidados a idosos sem demência. As taxas de depressão variam entre 23% e 85% nos países desenvolvidos e de ansiedade entre 16% e 45%. Nos países em via de desenvolvimento, a morbilidade psiquiátrica varia de 40% a 75%. Os níveis de vulnerabilidade psicológica são significativamente mais elevados em cuidadoras do género feminino, se casadas com o doente (principlamente se idade jovem), se vivem com o doente, elevado neuroticismo, história familiar de doença mental e baixo rendimento económico. **Conclusões:** Os altos níveis de sobrecarga e morbilidade psiquiátrica estão bem documentados, assim como os fatores preditores de vulnerabilidade. Demonstrou-se que as intervenções psicossociais reduzem a sobrecarga e as queixas depressivas do cuidador, além de atrasar a admissão dos doentes demenciados em lares da terceira idade.

Palavras-chave: Saúde mental; cuidadores; demência

ABSTRACT

Introduction: Caregivers of people with dementia are essential for the quality of life of the recipients of their care. The provision of care invariably causes extreme repercussions on the caregiver, both in terms of physical and mental health. **Objectives:** Presenting a literature review on mental health in caregivers of patients with dementia.

Methodology: Literature review using computerized database (Pubmed®, Medscape®) with the following keywords: "mental health", "dementia" and "caregivers". The articles were selected by the authors according to their attainment. **Results:** Caregivers of elderly people with dementia tend to have higher levels of depression, stress, anxiety, irritability, greater consumption of psychotropic drugs and less leisure time than those who provide care to elderly people without dementia. Rates of depression vary between 23% and 85% in developed countries and anxiety between 16% and 45%. In developing countries, psychiatric morbidity ranges from 40% to 75%. The levels of psychological vulnerability are higher in female caregivers, if they are married to the patient (especially if they are young), if they live with the patient, high neuroticism, family history of mental illness and low economic income. **Conclusions:** The high levels of psychiatric burden and morbidity are well documented, as are the predictors of vulnerability. Psychosocial interventions have been shown to induce caregiver burden and depressive complaints, in addition to delaying the admission of demented patients to elderly homes.

Keywords: Mental health; caregivers; dementia

RESUMEN

Introducción: Los cuidadores de personas con demencia son fundamentales para la calidad de vida de los destinatarios de sus cuidados. La prestación de cuidados provoca invariablemente repercusiones extremas en el cuidador, tanto en términos de salud física como mental. **Objetivos:** Presentar una revisión de la literatura sobre salud mental en cuidadores de pacientes con demencia. **Metodología:** Revisión bibliográfica mediante base de datos informatizada (Pubmed®, Medscape®) con las siguientes palabras clave: "salud mental", "demencia" y "cuidadores". Los artículos fueron seleccionados por los autores según su relevancia. **Resultados:** Los cuidadores de ancianos con demencia tienden a presentar mayores niveles de depresión, estrés, ansiedad, irritabilidad, mayor consumo de psicofármacos y menor tiempo libre que los que brindan cuidados a ancianos sin demencia. Las tasas de depresión varían entre el 23% y el 85% en los países desarrollados y la ansiedad entre el 16% y el 45%. En los países en desarrollo, la morbilidad psiquiátrica varía del 40% al 75%. Los niveles de vulnerabilidad psicológica son significativamente más altos en las cuidadoras, si están casadas con el paciente (especialmente si son jóvenes), si viven con el paciente, alto neuroticismo, antecedentes familiares de enfermedad mental y bajos ingresos económicos. **Conclusiones:** Los altos niveles de carga y morbilidad psiquiátrica están bien documentados, al igual que los predictores de vulnerabilidad. Se ha demostrado que las intervenciones psicosociales reducen la carga del cuidador y las quejas depresivas, además de retrasar la admisión de pacientes con demencia en hogares de ancianos.

Palabras Clave: Salud mental; cuidadores; demencia

INTRODUÇÃO

Com o aumento da esperança média de vida surgiram novos desafios na sociedade, tanto na saúde como na prestação de cuidados. As doenças associadas ao aumento da idade, como as demências, constituem a sexta principal causa de morte nos países mais desenvolvidos e a demência de Alzheimer é considerada a quinta causa de morte mais frequente, segundo a Organização Mundial de Saúde. Neste sentido, os cuidadores de pessoas com demência são essenciais para a qualidade de vida dos destinatários dos seus cuidados.

A prestação de cuidados causa, invariavelmente, repercussões extremas no cuidador, tanto a nível da saúde física como da saúde mental, devido aos altos níveis de sobrecarga, stress e isolamento social resultante desse papel.

Os cuidadores podem ser relutantes ou incapazes de procurarem ajuda para os seus problemas de saúde devido às intensas rotinas de cuidado e possíveis sentimentos de culpa que possam surgir por procurarem auxílio, o que leva a uma maior morbilidade.

Compreender como os cuidadores podem cuidar melhor da sua própria saúde pode contribuir para uma redução dos efeitos negativos e otimizar o bem-estar.

Objetivos

Apresentar uma revisão da bibliografia sobre a saúde mental nos cuidadores de doentes com demência.

METODOLOGIA

Procedeu-se a uma revisão bibliográfica utilizando base de dados informatizadas (Pubmed®, Medscape®) com as seguintes palavras-chave: "mental health", "dementia" e "caregivers". Os artigos foram selecionados pelos autores de acordo com a sua relevância.

RESULTADOS

Os cuidadores de doentes demenciados quando comparados com pessoas que não têm essa responsabilidade, têm uma percepção da própria saúde como pior, apresentam mais doenças crónicas e um sistema imunitário mais vulnerável. Os cuidadores manifestam habitualmente queixas de cansaço, perturbações do sono, cefaleias e lombalgias.

Quanto a sintomatologia psiquiátrica, estes tendem a apresentar níveis mais elevados de depressão, ansiedade, irritabilidade, maior consumo de psicofármacos e menor tempo de lazer do que aqueles que prestam cuidados a idosos sem demência.

Alguns dos motivos apontados para que isto aconteça são a falta de apoio e informação das redes sociais, das redes familiares e de saúde, ausência de recursos económicos, condições habitacionais e competências pessoais.

As taxas de episódios depressivos variam entre 23% e 85% nos países desenvolvidos e as taxas de perturbação de ansiedade variam entre 16% e 45%. Nos países em via de desenvolvimento, a morbilidade psiquiátrica varia de 40% a 75%.

Relativamente aos fatores de maior vulnerabilidade psicológica destacam-se três tipos de fatores: as variáveis demográficas, as variáveis relacionadas com a demência e as variáveis relacionadas com o cuidador. Quanto às variáveis demográficas, destaca-se o facto de os níveis de vulnerabilidade psicológica serem significativamente mais elevados nas cuidadoras do sexo feminino, se casadas com o doente, apresentarem uma idade jovem, habitarem com o doente, apresentarem história familiar de doença mental e baixos rendimentos económicos.

Quanto às variáveis relacionadas com a doença neurodegenerativa, o tipo de demência que maior vulnerabilidade pressupõe é a demência frontotemporal, devido às grandes alterações comportamentais apresentadas, as demências de curta duração, as demências que promovem maiores alterações comportamentais e neuropsiquiátricas e as que portenciam uma maior perda de autonomia para as atividades da vida diária, tal como o aparecimento de incontinência. Os fatores relacionais mais stressores são quando não existe relação ou existe pouca relação pessoal com o doente.

Por último, cuidadores que apresentem elevados níveis de neuroticismo, elevados níveis de emoção expressa, níveis diminuídos de confiança, que apresentem estratégias de *coping* baseadas nas emoções e estratégias de *coping* baseadas na confrontação foram identificados como apresentarem maior vulnerabilidade psicológica. Existem categorias especiais de cuidadores, como os cuidadores homossexuais, que reportam maiores dificuldades de acesso aos cuidados de saúde e aos benefícios sociais. Segundo estes o que motiva esta desigualdade é o preconceito e insensibilidade dos técnicos e o não reconhecimento de uma relação conjugal, o que ocasiona maiores dificuldades de acesso aos benefícios sociais.

Pessoas de minorias étnicas, incluindo grupos indígenas ou a comunidade cigana, têm menos probabilidade de terem acesso e usarem serviços de saúde mental. Fatores contribuintes incluem falta de compreensão sobre as demências, barreiras de linguagem ou outras barreiras de comunicação e também desconfiança na medicina ocidental. A falta de conhecimento dos profissionais de saúde sobre outras culturas, as diferenças na expressão de doenças mentais e angústia também são apontadas como um contributo para esta desigualdade.

Pessoas com demência de início precoce e seus cuidadores enfrentam problemas adicionais, pois são mais propensos a estarem a trabalhar, a terem filhos dependentes e a mais responsabilidades financeiras.

CONCLUSÕES

Os altos níveis de sobrecarga e morbidade psiquiátrica estão bem documentados, assim como os fatores preditores de vulnerabilidade. Demonstrou-se que as intervenções psicossociais reduzem a sobrecarga e as queixas depressivas do cuidador, além de atrasar a admissão dos doentes demenciados em lares da terceira idade.

Os prestadores de cuidados a pessoas com demência devem ser alvo de especial atenção por parte dos profissionais de saúde, pois estes dispõem de um maior número de horas a prestar cuidados e sujeitam-se a um maior esforço físico e mental comparativamente aos cuidadores de pessoas sem demência.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

Devem ser disponibilizadas e aconselhadas intervenções específicas ao cuidador, com eficácia suportada pela investigação. Fornecer intervenções psicoeducacionais, psicoterapia ou uma combinação destas intervenções, são mais eficazes para melhorar o bem-estar do cuidador a curto prazo e mais adequadas para aumentar a habilidade e conhecimento do cuidador sobre a patologia demencial mas podem ser insuficientes na melhoria da sintomatologia angio-depressiva. Um forte preditor de sucesso para uma intervenção efetiva é envolver o doente e o cuidador, num programa estruturado, de forma a ensinar o cuidador a gerir alterações comportamentais problemáticas.

Dos estudos existentes, constata-se que as intervenções individuais são mais eficazes para melhorar o bem-estar do cuidador, enquanto que as intervenções em grupos são mais eficazes na melhoria de sintomas do receptor de cuidados. Outros estudos mostram que as intervenções em grupo também são eficazes na construção de redes de suporte. Assim, recomenda-se que a escolha de um ambiente de intervenção deve depender dos objetivos principais da própria intervenção. Se o objetivo da intervenção for melhorar o afeto do cuidador, construir redes de apoio e aliviar os sintomas do doente, então uma combinação de intervenção individual e em grupo pode ser a melhor escolha.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Brodsky, H. & Donkin, M. (2009) Family caregivers of people with dementia. *Dialogues in Clinical Neuroscience*, 11 (2), 217-228.
- Luchesi, B.M., Degani, G.C., Brígola, A.G., Pavarini, S.C.I. & Marques S. (2015) Evaluation of depressive symptoms in older caregivers. *Archives of Clinical Psychiatry*, 42 (2), 45-51.
- Oliveira, D., Sousa, L., & Orrell, M. (2019). Improving health-promoting self-care in family carers of people with dementia: a review of interventions. *Clinical Interventions in Aging*, 14, 515-523.
- Pinquart, M. & Sörensen, S. (2006) Gender differences in caregiver stressors, social resources, and health: an updated meta-analysis, *Journals of Gerontology Series B: Psychological Sciences and Social Sciences*, 61B (1), 33-45.

Schulz, R., McGinnis K.A., Zhang, S., Martire, L.M., Hebert, R.S., Beach, S.R., Zdaniuk, B., Czaja, S.J. & Belle, S.H. (2008) Dementia patient suffering and caregiver depression. *Alzheimer Disease & Associated Disorders*, 22 (2), 170-6.

Sörensen, S. & Conwell, Y. (2011) Issues in dementia caregiving: effects on mental and physical health, intervention strategies, and research needs. *American Journal of Geriatric Psychiatry*, 19 (6), 491-496.

Impacto da afasia de expressão na identidade pessoal, atitudes e sentimentos

Ana Frade¹; Vanda Marques Pinto²; Luísa d'Espiney³

¹Doutoranda em Enfermagem pela Universidade de Lisboa & Escola Superior de Enfermagem de Lisboa; Mestre em Enfermagem; Professora Assistente Convidada na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Avenida Professor Egas Moniz s/n, 1600-190 Lisboa, Portugal, ana.ines.frade@esel.pt; <https://orcid.org/0000-0002-0590-4290>

²Doutora em Enfermagem; Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Avenida Professor Egas Moniz s/n, 1600-190 Lisboa, Portugal, +35121 791 3400, e-mail: vpinto@esel.pt; <https://orcid.org/0000-0001-7047-1498>

³Doutora em Ciências da Educação; Professora Coordenadora na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Avenida Professor Egas Moniz s/n, 1600-190 Lisboa, Portugal. +35121 791 3400, e-mail: lespiney@esel.pt; <https://orcid.org/0000-0002-9018-0134>

RESUMO

Contexto: A afasia de expressão é uma experiência subjetiva avassaladora, que afeta o bem-estar e a qualidade de vida, requerendo que as pessoas se adaptem, recuperem e reconstruam a sua identidade. As respostas de carácter psicológico podem ter impacto na recuperação, na resposta à reabilitação e na adaptação. É fundamental integrar a saúde mental e o cuidar psicológico no processo de reabilitação. Os cuidados de enfermagem são essenciais para influenciar positivamente a experiência de viver com sucesso esta condição clínica. **Objetivo:** Conhecer o impacto da afasia de expressão ao nível da identidade pessoal, atitudes e sentimentos. **Metodologia:** Este trabalho teve por base uma *Scoping Review* realizada em abril de 2020, nas bases de dados MEDLINE®, CINAHL®, *Psychology and Behavioral Sciences Collection* e *Scopus*. A revisão seguiu a lista de verificação PRISMA-ScR EQUATOR. **Resultados:** A afasia de expressão tem um profundo impacto negativo na identidade pessoal, atitudes e sentimentos, a nível social e comportamental, na identidade/*self* (sentimento de disrupção e de rutura biográfica) e também a nível emocional (incerteza, angustia, incapacidade de vislumbrar um futuro, depressão, diminuição da confiança e autoestima e sentimento de perda). **Conclusões:** Espiritualidade, esperança, contexto, interações, fatores psicológicos, suporte social e intervenções terapêuticas influenciam a experiência de afasia de expressão. A translação desta evidência científica (impacto e fatores que influenciam a experiência) para a prática pode impulsionar o desenvolvimento de intervenções de enfermagem efetivas que ajudem as pessoas a viverem com sucesso esta condição clínica, melhorando o seu bem-estar emocional, psicológico e social.

Palavras-Chave: Afasia; Atitude; Cuidados de enfermagem; Impacto psicossocial.

ABSTRACT

Context: Expressive aphasia is an overwhelming subjective experience that affects well-being and quality of life, requiring people to adapt, recover and rebuild their identity. Psychological responses can impact recovery, response to rehabilitation, and adaptation. Integrating mental health and psychological care in the rehabilitation process is fundamental. Nursing care is essential to positively influence the experience of successfully living this clinical condition. **Objective:** To know the impact of expressive aphasia regarding personal identity, attitudes and feelings. **Methodology:** This work was based on a Scoping Review carried out in April 2020, in the MEDLINE®, CINAHL®, Psychology and Behavioral Sciences Collection, and Scopus databases. The review followed the PRISMA-ScR EQUATOR checklist. **Results:** Expressive aphasia has a profound negative impact on personal identity, attitudes and feelings, on a social and behavioral level, on identity/self (sense of disruption and biographical rupture), and also on an emotional level (uncertainty, anguish, inability to glimpse a future, depression, decreased confidence and self-esteem, and feelings of loss). **Conclusions:** Spirituality, hope, context, interactions, psychological factors, social support, and therapeutic interventions influence the experience of expressive aphasia. The transposition of this scientific evidence (impact and factors that influence the experience) into practice can promote the development of effective nursing interventions that help people to successfully live with this clinical condition, improving their emotional, psychological, and social well-being.

Keywords: Aphasia; Attitude; Nursing Care; Psychosocial Impact.

RESUMEN

Contexto: La afasia de expresión es una experiencia subjetiva aplastante que afecta el bienestar y la calidad de vida, requiriendo que las personas se adapten, recuperen y reconstruyan su identidad. Las respuestas psicológicas pueden tener un impacto en la recuperación, la respuesta a la rehabilitación y la adaptación. Es fundamental integrar la salud mental y el cuidado psicológico en el proceso de rehabilitación. El cuidado de enfermería es fundamental para influir positivamente en la experiencia de vivir con éxito esta condición clínica. **Objetivo:** Conocer el impacto de la afasia de expresión al nivel de identidad personal, actitudes y sentimientos. **Metodología:** Este trabajo se basó en una Scoping Review realizada en abril de 2020, en las bases de datos MEDLINE®, CINAHL®, Psychology and Behavioral Sciences Collection y Scopus. La revisión siguió la lista de verificación PRISMA-ScR EQUATOR. **Resultados:** La afasia de expresión tiene un profundo impacto negativo en la identidad personal, actitudes y sentimientos, a nivel social y conductual, en la identidad/sí mismo (sensación de disrupción y ruptura biográfica) y también a nivel emocional (incertidumbre, angustia, incapacidad para

vislumbrar un futuro, depresión, disminución de la confianza y autoestima, y sentimientos de pérdida). **Conclusiones:** Espiritualidad, esperanza, contexto, interacciones, factores psicológicos, apoyo social e intervenciones terapéuticas influyen en la vivencia de la afasia de expresión. La transposición de esta evidencia científica (impacto y factores que influyen en la experiencia) a la práctica puede impulsar el desarrollo de intervenciones de enfermería eficaces que ayuden a las personas a vivir con éxito con esta condición clínica, mejorando su bienestar emocional, psicológico y social.

Palabras Clave: Afasia; Actitud; Atención de Enfermería; Impacto Psicosocial.

INTRODUÇÃO

A comunicação é um processo indispensável para o nosso bem-estar, sobrevivência, desenvolvimento (Coelho e Sequeira, 2012), e para o cuidar em enfermagem. A afasia é um distúrbio da linguagem adquirido e constitui um obstáculo à comunicação. A sua etiologia mais comum é o acidente vascular cerebral (AVC), estimando-se uma taxa de incidência de 30% de afasia induzida por AVC (Kong, 2021). No caso da afasia de expressão, esta afeta inteiramente o ser humano, tem extensas consequências psicológicas e traz mudanças na vida pessoal, familiar e social, que influenciam negativamente a sua qualidade de vida e bem-estar, e de quem lhe é significativo, requerendo que as pessoas se adaptem, recuperem e se reestruturem (Andersson & Fridlund, 2002; Woelders, Borg, Schipper & Abma, 2018).

As respostas de carácter psicológico podem ter impacto negativo e marcante na recuperação, na resposta à reabilitação e no ajuste psicossocial (Code, Hemsley & Herrmann, 1999). É fundamental integrar a saúde mental e o cuidar psicológico no processo de reabilitação (Baker, Worrall, Rose & Ryan, 2019). O cuidado de enfermagem é essencial para uma melhor reabilitação, para promover respostas positivas, apoiar a reestruturação e a reconstrução da identidade da pessoa, influenciar positivamente a experiência de viver com sucesso a afasia de expressão e para promover o bem-estar emocional, psicológico e social (Andersson & Fridlund, 2002; Woelders et al., 2018).

O impacto da afasia de expressão em todos os espectros da vida da pessoa e a importância dos cuidados de enfermagem, justificam a necessidade de aprofundar o conhecimento sobre o impacto desta condição clínica na identidade pessoal, atitudes e sentimentos. Pretende-se que este trabalho contribua para o desenvolvimento do saber em enfermagem, enquanto disciplina. Perspetiva-se que esse saber seja incorporado na prática, contribuindo também para a evolução da enfermagem enquanto profissão.

METODOLOGIA

Este trabalho teve por base uma *Scoping Review*, realizada integrando os métodos do *Joanna Briggs Institute*. Esta revisão teve como questão de investigação: Como é relatada pela pessoa a experiência de ter vivido um período de afasia de expressão? A questão de investigação foi formulada de acordo com a estratégia do PCC (Participantes, Conceito e Contexto). O estudo seguiu a lista de verificação PRISMA-ScR EQUATOR. Estabeleceram-se os seguintes critérios de elegibilidade:

- Critérios de inclusão: população - adultos com 19 anos ou mais, que experienciaram afasia de expressão e já se conseguem expressar verbalmente; conceito - experiência de afasia de expressão na perspetiva da pessoa que viveu a condição clínica, independentemente da etiologia; contexto - hospitalar e ambatório; estudos - primários, artigos teóricos, revisões de literatura, relatos de experiências, em inglês, espanhol e português, sem limite de ano.
- Critérios de exclusão: estudos cujos participantes são exclusivamente pessoas com afasia crónica (afasia coexistindo há mais de um ano após a lesão que a originou); estudos cujos participantes apresentam comunicação comprometida decorrente de perda sensorial, demência, delírio ou coma.

A pesquisa foi realizada em abril de 2020 e foi adotada a estratégia que abrange três etapas. A primeira etapa incluiu uma pesquisa nas bases de dados MEDLINE® e CINAHL®, utilizando termos em linguagem natural. Posteriormente, foram analisados os títulos, palavras dos resumos e palavras indexadas utilizadas nos artigos, o que permitiu identificar termos de pesquisa indexados. Na segunda etapa, foi realizada uma pesquisa nas bases de dados MEDLINE®; CINAHL®; *Psychology and Behavioral Sciences Collection* e *Scopus*, utilizando termos de pesquisa em linguagem natural e termos indexados, aplicando-se os operadores booleanos “OR” e “AND” (explicitado na Tabela 1 A terceira fase compreendeu a análise das referências dos artigos selecionados).

Tabela 1 – Termos de pesquisa utilizados nas bases de dados

CINAHL		MEDLINE		Psychology and behavioral sciences collection		Scopus					
(Narrati*	OR	(MH	(Narrati*	OR	(MH	(Narrati*	OR	Life	(Narrati*	OR	Life
"Narratives")	OR	(MH	"Narration")	OR	(MH	Histories	OR	OR	Histories	OR	OR
"Narrative Medicine")			"Narrative Medicine")			Report*)			Report*)		AND
OR (MH "Life Histories")		OR	Life Histories	OR	AND				((Experience*	OR	OR
OR (MH "Reports")		Report*			((Experience*	OR	Life	experience*	OR	Life	Change
AND		AND			Life experience*	OR	OR	Life	OR	Life	Change
((Experience* OR (MH "Life Experiences") OR (MH "Life		((Experience*	OR	Life	Life Change Events	OR	Psychosocial	Psychosocial	Events	OR	OR
		Experience*	OR	(MH "Life	OR	Psychosocial	Psychosocial				

Change Events") OR (MH "Psychosocial Aspects of Illness") OR Psychosocial adjustment) AND (Aphasi* OR (MH "Aphasia, Broca") OR (MH "Speech Disorders") OR Communicat* Disorders OR Communicat* Difficulties))	Change Events") OR Psychosocial Illness OR Psychosocial adjustment) AND (Aphasi* OR (MH "Aphasia, Broca") OR (MH "Speech Disorders") OR Communicat* Disorders OR Communicat* Difficulties))	OR Aspects of Illness adjustment) AND (Aphasi* OR Broca Aphasia OR Speech Disorders OR Communicat* Disorders OR Communicat* Difficulties))	OR Aspects of Illness adjustment) AND (Aphasi* OR Broca Aphasia OR Speech Disorders OR Communicat* Disorders OR Communicat* Difficulties))
---	---	--	--

RESULTADOS

Seleção das fontes de evidência

Inicialmente foram obtidos 756 artigos a partir da pesquisa nas quatro bases de dados. Após a remoção dos duplicados, foram obtidos 709 artigos. A seleção dos estudos foi realizada de acordo com os critérios de inclusão e exclusão. Após a leitura do título e resumo, 658 artigos foram excluídos por não estarem relacionados com o tema e não atenderem aos critérios de inclusão. Dos 51 artigos identificados, não foi possível aceder a 2 artigos de forma integral, tendo 49 sido avaliados para elegibilidade. Após análise, foram excluídos 41 artigos: 13 porque os participantes eram pessoas com afasia crónica; 23 por não abordar a experiência de afasia de acordo com a perspectiva da pessoa; 2 porque o foco não era o fenómeno em estudo e 3 por se referirem apenas a outros tipos de afasia. Foram então incluídos 8 artigos na revisão. Com a análise das referências destes estudos, foram adicionados mais 7 artigos, totalizando 15 artigos no final.

Síntese de resultados

No âmbito da identidade pessoal, atitudes e sentimentos emergiu o impacto negativo da afasia de expressão a nível social e comportamental (evasão social e desconexão da reabilitação) (Baker, Worrall, Rose & Ryan, 2020) e a nível da identidade/*self* (sentimento de "estar em país estrangeiro", vivência de disrupção e de rutura biográfica, com necessidade de dar sentido à sua nova realidade, reinventar o mundo e reconstruir a vida) (Ardila & Rubio-Bruno, 2017; Clancy, Povey & Rodham, 2018; Green & Waks, 2008). Evidenciou-se ainda o impacto negativo da afasia a nível emocional (frustração, depressão, sentimento de isolamento e de ser um fardo para os outros, estigmatização, não aceitação da incapacidade de falar, diminuição da confiança e autoestima, angústia, sentimentos de autorrejeição e inutilidade, ansiedade, sentimento de incompetência e de dependência, diminuição do otimismo e desesperança) (Armstrong et al., 2012; Baker et al., 2020; Hall, 1961; Simmons-Mackie & Kagan, 2007; Worrall et al., 2010). Como fatores que influenciam positivamente a experiência de viver com sucesso a afasia de expressão, foram identificadas condições internas (estar envolvido na

recuperação, ter controlo e ter um propósito na vida, uso de humor, esperança, recuperação da linguagem, otimismo, determinação, gratidão e espiritualidade) (Armstrong et al., 2012; Baker et al., 2020; Bright, Kayes, McCann & McPherson, 2013; Clancy et al., 2018; Grohn, Worrall, Simmons-Mackie & Brown, 2012; Laures-Gore et al., 2018), bem como, condições externas (interações e contexto, família, amigos e cuidadores, contato com pessoas que passaram por uma situação semelhante, profissionais de saúde, terapia da fala e psicoterapia) (Armstrong et al., 2012; Clancy et al., 2018; Green & Waks, 2008; Grohn et al., 2012; Grohn, Worrall, Simmons-Mackie & Hudson, 2014; Hall, 1961). Os fatores que influenciam negativamente, incluem a incapacidade ou dificuldade em realizar algumas atividades terapêuticas; serviços limitados de apoio psicológico e reabilitação; os procedimentos serem feitos para e não com pessoas; os profissionais de saúde focarem-se na condição física, em detrimento das necessidades psicológicas e a despersonalização (Baker et al., 2020; Bright et al., 2013; Clancy et al., 2018; Hall, 1961).

DISCUSSÃO

Segundo Baker et al. (2019), há uma alta prevalência de depressão nas pessoas com afasia. À semelhança do que foi identificado na literatura, Andersson e Fridlund (2002), defendem que pessoas com afasia, deprimidas, experienciam diminuição da autoestima, o que pode conduzir a uma sensação de perda do *self*, alteração do seu autoconceito e significado atribuído à vida, sendo essencial cuidados de enfermagem que aumentem a autoestima e contribuam para um autoconceito mais positivo. Relativamente aos fatores que contribuem para viver com sucesso com afasia, e em conformidade com o que emergiu da literatura, Worrall et al. (2017), identificaram que aspetos psicossociais foram os preditores mais significativos. Estes autores identificaram ainda que ter maior renda familiar, maior tamanho da rede social, ser do sexo feminino e ter afasia mais leve se associaram positivamente.

CONCLUSÃO

A afasia de expressão tem um profundo impacto negativo ao nível da identidade pessoal, atitudes e sentimentos de quem vivencia esta condição clínica, a nível social e comportamental, na identidade/*self* e também a nível emocional. Espiritualidade, esperança, contexto, interações, fatores psicológicos, suporte social, bem como, intervenções terapêuticas, influenciam a experiência de afasia. O conhecimento sobre o impacto da afasia de expressão e sobre os fatores que influenciam a experiência são relevantes para a prática clínica. Cuidados de enfermagem eficientes diminuem o impacto negativo da afasia e promovem resultados positivos. É essencial continuar a investigar a experiência de afasia de expressão para ampliar o saber e melhorar a qualidade dos cuidados.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

O saber aqui alcançado, ao ser incorporado na prática pode melhorar a qualidade dos cuidados prestada à pessoa com afasia de expressão, contribuir para o desenvolvimento de intervenções efetivas que ajudem as pessoas a adaptarem-se, a recuperarem, a se reestruturarem e a viverem com sucesso esta condição clínica, promovendo o bem-estar emocional, psicológico e social e melhorar a sua qualidade de vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andersson, S., & Fridlund, B. (2002). The aphasic person's view of the encounter with other people: a grounded theory analysis. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 9, 285-292.
- Ardila, A., & Rubio-Bruno, S. (2017). Aphasia from the inside: The cognitive world of the aphasic patient. *Applied Neuropsychology: Adult*, 25(5), 434-440.
- Armstrong, E., Hersh, D., Hayward, C., Fraser, J., & Brown, M. (2012). Living with aphasia: Three Indigenous Australian stories. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 14(3), 271-280.
- Baker, C., Worrall, L., Rose, M., & Ryan, B. (2019). Stroke health professionals' management of depression after post-stroke aphasia: a qualitative study. *Disability and Rehabilitation*, 43(2), 217-228.
- Baker, C., Worrall, L., Rose, M., & Ryan, B. (2020). 'It was really dark': the experiences and preferences of people with aphasia to manage mood changes and depression. *Aphasiology*, 34(1), 19-46.
- Bright, F., Kayes, N., McCann, C., & McPherson, K. (2013). Hope in people with aphasia. *Aphasiology*, 27(1), 41-58.
- Clancy, L., Povey, R., & Rodham, K. (2018). "Living in a foreign country": experiences of staff-patient communication in inpatient stroke settings for people with post-stroke aphasia and those supporting them. *Disability and Rehabilitation*, 42(3), 1-11.
- Code, C., Hemsley, G., & Herrmann, M. (1999). The emotional impact of aphasia. *Seminars in Speech and Language*, 20(1), 19-31.
- Coelho, M., e Sequeira, C. (2014). Therapeutic Communication in Nursing: how nurses characterize it. *Portuguese Journal of Mental Health Nursing*, 11(6), 31-38.
- Dalemans, R., de Witte, L., Wade, D., & Van den Heuvel, W. (2010). Social participation through the eyes of people with aphasia. *International Journal of Language & Communication Disorders*, 45(5), 537-550.
- Green, C., & Waks, L. (2008). A second chance: Recovering language with aphasia. *International Journal of Speech-Language Pathology*, 10(3), 127-131.
- Grohn, B., Worrall, L., Simmons-Mackie, N., & Brown, K. (2012). The First 3-months post-stroke: What facilitates successfully living with aphasia?. *International Journal of Speech-language Pathology*, 14(4), 390-400.

Grohn, B., Worrall, L., Simmons-Mackie, N., & Hudson, K. (2014). Living successfully with aphasia during the First year post-stroke: A longitudinal qualitative study. *Aphasiology*, 28(12), 1405-1425.

Hall, W. A. (1961). Return from silence – A personal experience. *Journal of Speech and Hearing Disorders*, 26(2), 174-177.

Kong, A. P.-H. (2021). COVID-19 and Aphasia. *Current Neurology and Neuroscience Reports*, 21(11), 61.

Laures-Gore, J., Lambert, P., Kruger, A., Love, J., & Davis, D. (2018). Spirituality and Post-Stroke Aphasia Recovery. *Journal of Religion and Health*, 57(5), 1876-1888.

Simmons-Mackie, N., & Kagan, A. (2007). Application of the ICF in Aphasia. *Seminars in Speech and Language*, 28(4), 244-253.

Woelders, S., Borg, W., Schipper, K., & Abma, T. (2018). The meaning of aphasia centers from the perspectives of people with aphasia and their relatives: understanding participation in the Dutch context. *Aphasiology*, 32(12), 1490-1512.

Worrall, L., Hudson, K., Khan, A., Ryan, B., & Simmons-Mackie, N. (2017). Determinants of living well with aphasia in the first year poststroke: A prospective cohort study. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 98(2), 235-240.

Worrall, L., Sherratt, S., Rogers, P., Howe, T., Hersh, D., Ferguson, A., & Davidson, B. (2010). What people with aphasia want: Their goals according to the ICF. *Aphasiology*, 25(3), 309-322.

Migração e Depressão – Quando a Crise se Perpetua

Sara Gomes Rodrigues¹; Daniela Oliveira Martins²; Vânia Martins Miranda³

¹ Médica Interna de Formação Específica em Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Departamento de Pedopsiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência, Centro Hospitalar e Universitário do Porto, Portugal. sararodrigues.pedopsiquiatria@chporto.min-saude.pt

² Médica Interna de Formação Específica em Psiquiatria, Hospital de Magalhães Lemos, E.P.E., Porto, Portugal. danielaoliveiramartins@hmlemos.min-saude.pt

³ Médica Assistente Hospitalar Graduada de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Departamento de Pedopsiquiatria e Saúde Mental da Infância e da Adolescência, Centro Hospitalar e Universitário do Porto, Porto, Portugal. vaniamartins.pedopsiquiatria@chporto.min-saude.pt

RESUMO

Introdução: Numa era em constante transformação político-económica, a migração constitui um dos fenómenos sociais mais impactantes a nível global. A magnitude do impacto das migrações em massa permanece por apurar, nomeadamente no que diz respeito à saúde mental de crianças e jovens. **Objetivo:** Reflexão sobre o caso de uma adolescente com apresentação de sintomatologia depressiva grave após o processo de migração transcontinental. **Metodologia:** Apresentação de caso-clínico e breve revisão da literatura. **Resultados:** Caso-clínico de uma jovem do sexo feminino, de 15 anos de idade e nacionalidade brasileira. Residia em Portugal com a mãe e a irmã desde há dois anos, na sequência da reestruturação política do país-natal. O núcleo familiar não apresentava retaguarda sociofamiliar substancial em Portugal. A jovem foi encaminhada a consulta de Psiquiatria da Infância e da Adolescência por sintomatologia depressiva em evolução nos últimos 4 meses, com isolamento social crescente e queda drástica do rendimento escolar. À observação, a adolescente apresentava-se angustiada, com discurso provocado e escasso e humor depressivo. Relatava diminuição acentuada do apetite desde o último mês, bem como queixas de insónia inicial e terminal. Foi instituída terapêutica farmacológica e iniciada abordagem psicoterapêutica, com melhoria clínica progressiva. **Conclusões:** É consensual que a instabilidade social vivenciada com angústia constitui um fator ambiental stressor preponderante no desenvolvimento de psicopatologia. Torna-se urgente ponderar estratégias adicionais na prevenção e tratamento de doença mental em indivíduos emigrantes, particularmente junto da população infantojuvenil.

Palavras-chave: perturbação depressiva; emigração; imigração.

ABSTRACT

Background: In an era of constant political and economic transformation, migration is one of the most impactful social phenomena globally. The magnitude of the impact of mass migrations remains to be ascertained, particularly with regard to the mental health of children and young people. **Aim:** Reflection on the case of an adolescent with severe depressive symptoms after a transcontinental emigration process. **Methodology:** Clinical case presentation and brief literature review. **Results:** Clinical case of a 15-year-old female of Brazilian nationality. She had lived in Portugal with her mother and sister for two years, following the political restructuring of her home country. The family nucleus did not have substantial socio-familial support in Portugal. The young woman was referred to a Child and Adolescent Psychiatry consultation due to depressive symptoms that had evolved in the last 4 months, with growing social isolation and a drastic drop in school performance. Upon observation, the teenager was distressed, with provoked and sparse speech and depressed mood. She reported a marked decrease in appetite since the last month, as well as complaints of early and terminal insomnia. Pharmacological therapy was instituted, and a psychotherapeutic approach was started, with progressive clinical improvement. **Conclusions:** There is a consensus that social instability experienced with anxiety is a major stressor environmental factor in the development of psychopathology. It is urgent to consider additional strategies in the prevention and treatment of mental illness in emigrant individuals, particularly among children and adolescents.

Keywords: depressive disorder; emigration; immigration.

RESUMEN

Introducción: En una era de constante transformación política y económica, la migración es uno de los fenómenos sociales más impactantes a nivel mundial. Queda por determinar la magnitud del impacto de las migraciones masivas en lo que respecta a la salud mental de los niños y los jóvenes. **Objetivo:** Reflexión sobre el caso de una adolescente con síntomas depresivos graves tras un proceso de emigración transcontinental. **Metodología:** Presentación de un caso clínico y breve revisión de la literatura. **Resultados:** Caso clínico de una adolescente de 15 años de nacionalidad brasileña. Había vivido en Portugal con su madre y su hermana durante dos años, tras la reestructuración política de su país natal. El núcleo familiar no contaba con un apoyo sociofamiliar sustancial en Portugal. La joven fue remitida a una consulta de Psiquiatría del Niño y del Adolescente por presentar síntomas depresivos que habían evolucionado en los últimos 4 meses, con un creciente aislamiento social y una drástica caída del rendimiento escolar. Tras la observación, el adolescente estaba angustiada, con un discurso provocado y escaso y un estado de ánimo deprimido. Refirió una marcada disminución del apetito desde el último mes, así como quejas de insomnio inicial y

terminal. Se instituyó la terapia farmacológica y se inició un abordaje psicoterapéutico, con progresiva mejoría clínica. **Conclusiones:** Existe consenso en que la inestabilidad social que se vive con la ansiedad es un factor ambiental estresante importante en el desarrollo de la psicopatología. Es urgente considerar estrategias adicionales en la prevención y tratamiento de enfermedades mentales en personas emigrantes, particularmente entre niños y adolescentes.

Palabras Clave: desorden depresivo; emigración; imigración.

INTRODUÇÃO

O conceito de migração, do latim *migrationem*, traduz-se em “remoção, mudança de morada” e é amplamente usado desde o século XVII. No entanto, o reconhecimento do fenómeno migratório remete para a Idade Média, com o avistamento de deslocações transcontinentais e sazonais de múltiplas espécies de aves. Embora constitua um processo inteiramente transversal à natureza e à própria humanidade, nunca como na atualidade os movimentos migratórios assumiram tamanha importância. A explosão de oportunidades proporcionadas pela globalização, a par da dinâmica instável de transformação política mundial, tem sido determinante para o crescimento exponencial do fenómeno da migração. O impacto das migrações em massa manifesta-se de forma complexa nas mais diversas dimensões do funcionamento humano, com especial relevo para a potencial fragilização socioeconómica e psicológica associada. Paralelamente, acresce a dificuldade generalizada na prestação de cuidados de saúde em tempo útil ao número crescente de emigrantes, nomeadamente na área da saúde mental. Nesta população vulnerável, as crianças e jovens destacam-se pela vivência precoce de eventos stressores e traumáticos – importantes fatores de risco para o desenvolvimento de doença mental.

METODOLOGIA

Este artigo assume como enfoque principal a investigação do extenso impacto da migração na saúde mental da comunidade e do indivíduo, particularmente na população infantojuvenil. Como tal, a metodologia do presente trabalho enquadra o caso-clínico de uma adolescente de nacionalidade brasileira emigrante em Portugal, complementado por uma breve revisão bibliográfica sobre o tema em questão.

RESULTADOS

Relato do caso-clínico de uma jovem do sexo feminino, P., de 15 anos de idade e nacionalidade brasileira. A adolescente residia em Portugal com a mãe e a irmã mais nova, de 10 anos de idade, desde há dois anos. A mudança teria ocorrido por decisão da mãe, na sequência da reestruturação política do país-natal. Frequentava o 9º ano de escolaridade. A adolescente tinha sido encaminhada pelo médico assistente à consulta de Psiquiatria da Infância e da Adolescência por sintomatologia depressiva em evolução

nos últimos quatro meses, com isolamento social crescente e queda drástica do rendimento escolar. Foi observada na companhia da mãe, que colaborou na colheita da anamnese face ao mutismo quase total da jovem. Relatava isolamento progressivo da P. nos últimos quatro meses, associado a anedonia e abulia em casa e na escola. Como consequência, vinha a apresentar uma queda drástica no rendimento académico, a par de dificuldades importantes na integração no grupo de pares. A mãe descrevia a relação com a filha como “*difícil desde sempre*” [sic], mas com agravamento importante desde a vinda para Portugal, visto que a P. não teria aceite a mudança de forma pacífica. Enquanto no Brasil, seria menina “*dramaticamente diferente*” [sic]: carinhosa com os pais e irmã, carismática junto dos amigos e dedicada aos estudos; era inclusivamente a melhor aluna da turma, sem qualquer alusão a queixas escolares. Atualmente, não tinha quaisquer amigos ou atividades extracurriculares de interesse e incorria no risco de ficar retida no presente ano letivo. Os pais da P. encontravam-se separados desde há sete anos. Vivia com a mãe, de quarenta e nove anos de idade, que seria profissional de saúde no Brasil e apresentava uma história de perturbação depressiva persistente, medicada com antidepressivo de forma crónica. À data do seguimento da filha, estava desempregada. O pai da P., de cinquenta e dois anos, vivia ainda no Brasil, assim como os restantes elementos familiares. A jovem não mantinha contacto regular com o pai, nem apresentava retaguarda sociofamiliar substancial em Portugal. À observação na primeira consulta, a jovem mantinha uma postura extremamente reservada e tensa, com olhar cabisbaixo. Num âmbito geral, mostrava-se pouco disponível para a relação terapêutica, recusando-se a colaborar na entrevista. Apresentava um discurso provocado e escasso e humor deprimido, com afetos pouco mobilizáveis e congruentes com o humor. Relatava diminuição acentuada do apetite desde há dois meses, com noção subjetiva de perda ponderal, bem como queixas de insónia inicial e terminal. Nesta primeira observação, foi devolvida a necessidade de reestruturação de rotinas e hábitos de higiene do sono, bem como a importância central do acompanhamento psicoterapêutico. Adicionalmente, foi instituída terapêutica farmacológica com antidepressivo, com melhoria clínica observada de forma gradual. Durante o acompanhamento, objetivaram-se pensamentos de teor pessimista associados à solidão sentida desde a mudança, com sentimento de desesperança perante o novo projeto de vida.

DISCUSSÃO

O caso relatado remete para uma perturbação de adaptação numa jovem emigrante, com sintomatologia depressiva grave que a incapacita - uma vivência de angústia prolongada face ao complexo e transformador processo de migração. Neste caso, a vulnerabilidade temperamental da adolescente, a dinâmica familiar disfuncional e a

precariedade socioeconómica parecem interagir na predisposição ao desenvolvimento de doença mental.

CONCLUSÃO

À luz da evidência atual, a literatura aponta para a associação da precariedade socioeconómica à fomentação de processos migratórios em massa. Esta associação constitui, por sua vez, um fator stressor ambiental fulcral no desenvolvimento de psicopatologia, sobretudo em crianças e jovens. São diversos os fatores de risco que contribuem para esta problemática. Em primeiro lugar, surgem as próprias condicionantes inerentes à migração e redefinição de projeto de vida num novo país, como a aculturação, a barreira da linguagem e a reintegração no grupo de pares. Além destas, o risco aumentado de desemprego e exclusão social predispõe os indivíduos a maior precariedade económica, criminalidade e conflito intrafamiliar. Por fim, é globalmente constatado maior risco de sintomatologia pós-traumática em emigrantes, independentemente do estatuto de refugiado.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

A prioritização de medidas de prevenção primária, secundária e terciária na salvaguarda da saúde mental de crianças e jovens emigrantes é imperativa. Neste contexto, o foco de atuação deverá incluir uma abordagem multidisciplinar, com destaque central para o apoio prestado pelos cuidados de saúde primários e pelas instituições de ensino. O investimento na formação dos profissionais de saúde mental sobre a problemática transcultural reveste-se da maior importância, assim como na realização de intervenções psicoeducativas junto da comunidade e dos meios de comunicação social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abdi, M. (2018) "Mental Health of Migrant Children". *Global Public Health/ Oxford Research Encyclopedias*, 9 (2), 71-79
- Berthold, S. M. & Libal, K. (2016) "Migrant children's rights to health and rehabilitation: A primer for US social workers". *Journal of Human Rights and Social Work*, 1, 85–95
- Boghean, C. (2016) "The Phenomenon of Migration. Opportunities and Challenges". *The USV Annals of Economics and Public Administration, Stefan cel Mare University of Suceava, Romania, Faculty of Economics and Public Administration*, volume 16 (Special), 14-20
- Kluge, U. (2018) "Poverty, migration and mental health", *Nervenarzt*, 1103-1108
- Morris, F. (1851) "A History of British Birds", *Groombridge and Sons*, London, England: Taylor & Francis, 30-33
- Priebe S. & Giacco D. (2014) "Providing mental healthcare to immigrants: current challenges and new strategies". *Current Opinion Psychiatry*, 6, 50-59
- Sangalang, C. (2019) "Trauma, Post-Migration Stress, and Mental Health: A Comparative Analysis of Refugees and Immigrants in the United States", *Journal of Immigrants and Minority Health*, 909-919

A censura de sofrer! – Revisitar o conceito do luto desautorizado

Isabel Fonseca Vaz¹; Salomé Mouta¹; Sara Freitas Ramos¹; Bianca Jesus¹; João Martins Correia¹; Sílvia Castro¹

¹ Departamento de Psiquiatria e Saúde Mental da Unidade Local de Saúde da Guarda, EPE; Orcid 0000-0002-1506-6112

RESUMO

Introdução: O luto é um processo pessoal, subjetivo e cultural. Geralmente resolve-se entre os 6-12 meses seguintes à perda. Quando tal não acontece falamos de luto patológico onde se insere o desautorizado. **Objetivos:** O luto desautorizado destaca a forte significação social do luto. Propomos avaliar e explorar as diversas componentes deste tipo de luto. **Métodos:** Revisão não sistemática da literatura. **Resultados:** Doka criou o conceito e associou-o a uma perda que não se ajusta às normas estabelecidas pela sociedade à qual pertencemos. Destaca-se a dualidade de género. Espera-se que as mulheres apresentem um luto “intuitivo”, enquanto os homens “instrumental”. Identificamo-lo: quando a relação não é reconhecida e os laços de vinculação não são valorizados; quando a perda não é reconhecida e quem morre não é valorizado socialmente; quando o enlutado é excluído socialmente e considerado incapaz de fazer um luto; quando circunstâncias da morte podem limitar o apoio ao enlutado. No contexto pandémico por COVID-19 os rituais, interações e celebrações fúnebres foram profundamente afetados com restrições severas e compromisso do papel terapêutico que desempenham. Há risco de que o luto seja negligenciado pela sociedade, como a família vivenciar o estigma social. No processo de cura é crucial o suporte socioprofissional e a promoção de autonomia e desenvolvimento de percepção de auto-eficácia. **Conclusão:** Estamos perante um processo que reflete a falta de empatia e a não validação social perante o sofrimento duma pessoa. Relembrar o tema parece-nos oportuno com vista à consciencialização e reconhecimento do mesmo, seja enquanto profissional de saúde ou como cidadão comum.

Palavras-Chave: luto desautorizado; luto patológico; COVID-19.

ABSTRACT

Introduction: Grief is a personal, subjective and cultural process. It usually resolves within 6-12 months of the loss. When this does not happen, we are before pathological grief, which includes the disenfranchised grief. **Objectives:** Disenfranchised grief is a model that highlights the strong social significance of grief. In this work, we aim to evaluate and explore the different components of this type of grief. **Methods:** Nonsystematic review. **Results:** Doka created the concept and associated it with a loss

that does not fit the societal norms. The duality of gender was highlighted. Women are expected to have “intuitive” grief, while men’s is “instrumental”. Four types were identified: when the relationship is not recognized, and the bonds of attachment are not valued; when the loss is not recognized and whoever dies is not socially valued; when the mourner is socially excluded and is considered incapable of mourning; when circumstances of death may limit support for the bereaved. During the initial months of the COVID-19 pandemic, rituals, interactions and funeral celebrations were profoundly affected due to severe restrictions which compromised its therapeutic role. There is a risk that grief will be neglected by society, as the family will experience social stigma. In the healing process, socio-professional support, promotion of autonomy and development of a perception of self-efficacy are crucial. **Conclusion:** We are facing a process that reflects the lack of empathy and social invalidation of a person's suffering. Reviewing the theme may raise its awareness and recognition, whether as a health professional or as an ordinary citizen.

Keywords: disenfranchised grief; pathological grief; COVID-19

RESUMEN

Introducción: El duelo es un proceso personal, subjetivo y cultural. Por lo general, se soluciona entre 6 a 12 meses posteriores a la pérdida. Cuando esto no ocurre, hablamos de duelo patológico donde encontramos el desautorizado. **Objetivos:** El duelo desautorizado resalta el fuerte significado social del duelo. Proponemos evaluar y explorar los diferentes componentes de este tipo de duelo. **Métodos:** Revisión bibliográfica no sistemática. **Resultados:** Doka creó el concepto y lo ha asociado a una pérdida que no se ajusta a las normas establecidas por la sociedad a la que pertenecemos. Se destaca la dualidad de género. Esperase que las mujeres tengan un duelo "intuitivo", mientras que los hombres "instrumental". Lo identificamos: cuando no se reconoce la relación y no se valoran los lazos de apego; cuando no se reconoce la pérdida y no se valora socialmente a quien fallece; cuando el doliente es socialmente excluido y considerado incapaz de sentir duelo ante la pérdida; cuando las circunstancias de la muerte pueden limitar el apoyo a los deudos. En el contexto de la pandemia por COVID-19, los rituales, interacciones y ceremonias funerarias se vieron profundamente afectados con severas restricciones y hubo un compromiso de su papel terapéutico. Existe el riesgo de que la sociedad descuide el duelo, ya que la familia sufra estigma social. En el proceso de curación, el apoyo socioprofesional y la promoción de la autonomía y el desarrollo de una percepción de autoeficacia son cruciales. **Conclusión:** Estamos ante un proceso que refleja la falta de empatía y la no validación social ante el sufrimiento de una persona. Recordar el tema parecemos oportuno para dar a conocer y reconocer el mismo, ya sea como profesional de la salud o como persona común y corriente.

Palabras Clave: duelo desautorizado; duelo patológico; COVID-19

INTRODUÇÃO

Ao longo da vida o Homem enfrenta diversas perdas que nos leva invariavelmente à vivência de um luto. Para Bowlby (2004,p.21), “A perda é uma das experiências mais intensamente dolorosas que o ser humano pode sofrer, pois ela é penosa não só para quem a experimenta como também para quem a observa, devido ao sentimento de impotência para ajudar”. É um processo pessoal, subjetivo e que se encontra intimamente relacionado com a cultura à qual pertencemos e às situações que rodeiam a perda (Cabodevilla, 2007). É importante destacar que o mesmo não tem de ser invariavelmente um processo patológico.

O Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais (DSM-5), faz referência à distinção entre luto normal e luto patológico, dando-lhe o nome de Perturbação de Luto Complicado Persistente. Este é diagnosticado, apenas, quando níveis de resposta de luto grave persistem durante pelo menos 12 meses (6 meses em crianças) após a morte do ente querido e interferem com a capacidade de funcionamento do indivíduo (American Psychiatric Association, 2013). Frequentemente, está associado a défice ocupacional e social, bem como ao abuso de substâncias e a maior risco de suicídio (APA, 2013).

Estima-se que 7 a 10% dos enlutados não se adaptam à perda e, por sua vez, desenvolvem um luto complicado (Mughal, Azhar, & Siddiqui, 2021).

O luto como uma resposta bem-sucedida é influenciado por diversos moduladores que vão intervir de forma a que o enlutado consiga aceitar as reações de luto como uma realidade e estas não interfiram significativamente com a qualidade de vida (Prigerson, 2004).

Por um lado, existem moduladores pessoais onde se insere a resiliência. Verificou-se que indivíduos resilientes adaptam-se com sucesso a eventos negativos de vida e que são capazes de manter um funcionamento adequado (Vegsund et. al., 2019). Além disto, o apoio social e outras redes de suporte podem aumentar a probabilidade de uma adaptação positiva (Vegsund et. al., 2019).

O suporte social percebido pelo enlutado vai modelar as suas reações. De acordo com o modelo relacional de Weiss (1973) existem dois tipos de solidão. A solidão social refere-se à falta de pertença a um grupo social com o qual se partilha interesses e afinidades, enquanto a solidão emocional associa-se ao sentimento de ausência de uma relação íntima com uma pessoa a quem se tem forte apego e que lhe é significativa. As pessoas enlutadas podem não ter solidão social, mas facilmente sentirem solidão emocional. É comum e recorrente ouvir a frase “ninguém me entende” por parte de pessoas enlutadas.

Culturalmente, cada sociedade tem os seus rituais, crenças e tradições, inclusive na morte. Esses rituais são fundamentais para a validação comunitária do luto e favorecer o processo de adaptação pessoal (Silverman, Baroiller, & Hemer, 2021).

Luto Desautorizado

Em 1989, Kenneth Doka introduziu formalmente o conceito de luto desautorizado, também conhecido por luto proibido ou silencioso. Identificou-o como um processo em que a perda é sentida como não sendo abertamente reconhecida, socialmente validada ou publicamente lamentada. O modelo realça a significação social do luto e de como a comunidade tem ideias sobre o que é certo e errado num processo de luto. Assim, a forma como se expressa o luto pode ser facilitado ou inibido socialmente.

Se pensarmos numa questão de género vemos que a sociedade tem expectativas bem definidas. No género feminino é esperado um luto intuitivo em que este é vivido através de “ondas de emoção” e expressado através de sentimentos e emoções internas. Nas mulheres prevê-se um luto mais sentido do que pensado e focado na exploração e expressão de sentimentos (Doka & Martin, 2010). Por outro lado, associa-se um luto instrumental ao sexo masculino. Este manifesta-se de uma forma mais física, cognitiva ou comportamental. É mais pensado do que sentido e focado em fazer e responder ao luto ativamente. (Doka et al., 2010). Neste padrão, erradamente interpreta-se que são indivíduos sem sentimentos (Geisler & Dykeman, 2021), como também incorretamente se afirma que “os homens não choram”. Assim, confusão, vergonha e inclusive repressão podem surgir quando alguém que é percebido como ‘forte’ (traços masculinos) desenvolva uma reatividade mais intuitiva/emocional e alguém que é percebido como mais ‘emocional’ (traços femininos) apresente uma atitude mais instrumental/cognitiva.

Neste contexto, Martin e Doka (2000) propuseram uma visão não categórica em que conceptualizaram expressões de luto ao longo de um continuum entre os padrões de luto intuitivo e instrumental, com a maioria das pessoas a enquadrar-se numa mescla entre estes dois estilos. Um estudo recente de Geisler & Dykeman (2021) foi consistente com essa afirmação. O padrão de luto de um indivíduo será influenciado não apenas pelo género, mas por toda uma série de influências biopsicossociais, como o temperamento, socialização e cultura (Doka et al., 2010).

Se nos debruçarmos sobre o tema apercebemo-nos que o surgimento de um luto desautorizado pode ocorrer de forma mais particular que meramente numa questão de géneros. Quando a relação não é reconhecida, os laços de vinculação não são valorizados socialmente, nem considerados significativos (Tullis, 2017). A perda de um amante, de um ex-cônjuge, de um paciente ou de um companheiro de trabalho são

exemplos disso. Relações em que os vínculos podem ser muito intensos e permanentes, mas que socialmente não se aceita que este luto possa requerer uma atenção especial. Por outro lado, também pode existir quando a perda não é reconhecida e quem morre não tem um valor social importante (Marton, Kilbane, & Nelson-Becker, 2020). Aqui, destaca-se a morte dos animais de estimação, de pessoas que nunca conhecemos (celebridades), de pessoas que perderam vida de relação (demência avançada; coma) e a morte gestacional (principalmente no 1º trimestre). Temos, ainda, quando o enlutado é excluído socialmente e é considerado como incapaz para fazer um luto, onde se incluem pessoas com incapacidade intelectual, idosos e crianças (Osta, Amundarain, Pérez, Araiz & Martinez, 2012).

Por fim, as circunstâncias particulares da morte podem influenciar como a sociedade limita o apoio ao enlutado, no caso de mortes estigmatizadas, como suicídio ou homicídio (Osta et al., 2012).

Trata-se de situações em que o enlutado se vê desprivilegiado e constrangido à vivência do seu sofrimento, uma vez que não lhe é permitido encontrar alívio e conseqüentemente, um significado para o mesmo (Marton et al., 2020).

A intervenção terapêutica deve centrar-se em fornecer suporte aos enlutados para que estes processem a sua dor sem julgamento.

Para tal, pode recorrer-se a grupos de apoio estruturados (e eventualmente específicos ao motivo da perda) que podem ajudar o indivíduo a entender e dar sentido à perda e dotá-lo de confiança de que o seu sofrimento é válido e reconhecido pela comunidade (Marton et al., 2020).

Luto Desautorizado e COVID-19

O fim de vida é um momento que desde a Pré-História é celebrado. Mudam-se os tempos e as localizações geográficas, mas as celebrações fúnebres são um *ex libris* da morte. De claro carácter social, são tão simplesmente uma forma de comunicação num momento extremamente doloroso.

Bromberg (2000) foi, mais além, e identificou funções terapêuticas nos rituais fúnebres. Viu-o como um espaço para introspeção sobre a morte, como processo integrado à vida e para partilhar a dor com outras pessoas, facilitando a expressão de emoções e a criação de significado para os enlutados. Deste modo, estes podem promover uma maior consciência e assimilação do processo de luto (Souza & Souza, 2019).

No contexto da pandemia por COVID-19 os rituais, costumes e interações foram profundamente afetados, sofrendo restrições severas.

Em todo o mundo, a proibição de visitas a pessoas hospitalizadas ou institucionalizadas foi lei, impossibilitando, a muitos, de se despedirem dos seus familiares e amigos (Diolaiuti, Marazziti, Beatino, Mucci & Pozza, 2021). Embora, se tenham criado

alternativas, privilegiando o formato online, como meio de comunicação, estas ficaram aquém do modo presencial. Interações virtuais não substituem o toque, como uma necessidade básica humana que pode ajudar a pessoa no seu processo de encarar (enfrentamento após) uma perda (Albuquerque, Teixeira, & Rocha, 2021; Johns, Blackburn & McAuliffe, 2020).

Como agravante, temos o número elevado de mortes que pode impedir o reconhecimento do luto individual e deixar os enlutados com a noção subjetiva de que a sua perda é subestimada, para além do estigma social em relação às perdas por COVID 19 (Kokou-Kpolou, Cénat, Noorishad, Park, & Bacqué, 2020; Ingravallo, 2020; Albuquerque et al., 2021). Por outro lado, o fim do confinamento traz consigo a ânsia de uma reconexão urgente com a atividade laboral e atividades culturais e recreativas. Consequentemente, há uma menor disponibilidade e recursos de apoio aos enlutados (Kokou-Kpolou, Fernández-Alcántara, & Cénat, 2020).

Kaufmann, numa expansão dos trabalhos de Doka, propôs o conceito do luto auto-desautorizado em que o enlutado tem dificuldade em reconhecer o seu próprio luto como sendo legítimo (Albuquerque et al. 2021). Na conjuntura atual, pode surgir o auto-questionamento de porquê terem sido poupados à doença ou a dúvida constante se foram responsáveis pelo contágio da outra pessoa. Aliado a isso, ocorrem sentimentos de culpa por não poderem estar presentes no momento da morte e confortar aqueles de quem mais gostam (Van Bortel et al., 2016). Quando paralelamente existe uma pandemia, a impotência vivida num momento de perda ganha vigor e exacerba a vergonha e culpa sentida pelos que ficam (Tay et al., 2017).

Por outro lado, o luto auto-desautorizado pode relacionar-se com a ausência de estabilidade emocional e estratégias de coping, impedindo o indivíduo de fazer uma conexão plena com o seu processo de dor e luto (Albuquerque et al. 2021). Desde o início da pandemia, todos fomos expostos a múltiplas situações stressoras, sendo que muitas têm o potencial de desembocar em traumas psicológicos. A perda do emprego, perda da estabilidade económica, a redução da liberdade individual, a privação das habituais atividades sociais e ocupacionais, os aspetos práticos pós-morte de mais difícil acesso e resolução ou o acesso a serviços de apoio social limitado são fatores predisponentes. (Kartseva & Kuznetsova, 2020; Albuquerque et al. 2021).

Assim, tendo em conta o Modelo de Processo Dual do Luto, que explica a vivência do luto como uma oscilação entre a aceitação e o foco na perda, numa situação pandémica pode haver uma sobrecarga de fatores de stress e compromisso do processo de restauração.

Os serviços públicos de saúde deveriam garantir atendimento psicológico ou psiquiátrico gratuito a estes indivíduos, como prevenção ou redução do risco de luto patológico ou outras perturbações psicológicas (Diolaiuti et al., 2021).

A adoção de estratégias no âmbito da saúde pública e intervenções como a psicoeducação em grupo ou pela Internet podem reforçar os recursos pessoais, as estratégias de enfrentamento e identificar processos cognitivos disfuncionais (Diolaiuti et al., 2021).

CONCLUSÃO

Como vemos, são múltiplas as situações em que ocorre uma privação da expressão dos nossos sentimentos. A sociedade em que cada um vive é regida por crenças e correntes de pensamento, em que o sofrimento é passível de um escrutínio. Nem todo o sofrimento é legítimo aos olhos dos outros. Quantas vezes, perante situações de luto, ouvimos “nem sequer eram casados”, “não fiques assim, terás outros filhos” ou “nesta idade eles não sentem tanto”. Vivemos numa sociedade onde não há tempo para sofrer. Como numa espécie de ditadura da felicidade, torna-se incomodo ver o sofrimento dos outros, em que negligenciá-lo, desvalorizá-lo ou ignorá-lo é a solução. Vivemos numa sociedade orientada à produtividade, ao capitalismo, ao ganho e não há perda.

Assim, os lutos silenciados passam ao lado de uma sociedade que vive em constante estado frenético, esperando uma elaboração e recuperação do luto em velocidade ultrassónica, numa clara falta de empatia pelo outro.

Desta forma, cabe a cada um de nós enquanto cidadãos, mas particularmente aos profissionais de saúde, reconhecer, apoiar, validar, permitir e autorizar o processo de luto e as suas manifestações. O sofrimento de alguém é pessoal e intransmissível e não nos cabe a nós exercer o papel de autoridade emocional e julgar a dor alheia.

Agradecimentos

Os autores declaram que a pesquisa foi realizada na ausência de qualquer relação comercial ou financeira que pudesse ser interpretada como um potencial conflito de interesses.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Albuquerque, S., Teixeira, A. M., & Rocha, J. C. (2021). COVID-19 and Disenfranchised Grief. *Frontiers in psychiatry*, 12, 638874. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.638874>

American Psychiatric Association. (2013). Gambling Disorder. In *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, (5ª edição), (pp.938 -942). Arlington, Va.

Diolaiuti F, Marazziti D, Beatino MF, Mucci F, Pozza A. Impact and consequences of COVID-19 pandemic on complicated grief and persistent complex bereavement disorder. *Psychiatry Research*. 2021 Jun;300:113916. DOI: 10.1016/j.psychres.2021.113916. PMID: 33836468; PMCID: PMC8479443.

Doka, K. J., & Martin, T. L. (2010). *Grieving beyond gender: Understanding the ways men and women mourn*. Routledge.

Geisler, J., & Dykeman, C. (2021). Linguistic and Personological Features of the Doka and Martin Grieving Style Continuum. *Omega*, 302228211030439. Advance online publication. <https://doi.org/10.1177/00302228211030439>

Ingravallo F. (2020). Death in the era of the COVID-19 pandemic. *The Lancet. Public health*, 5(5), e258. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(20\)30079-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(20)30079-7)

Johns L, Blackburn P, McAuliffe D. COVID-19, Prolonged Grief Disorder and the role of social work. *Int Soc Work*. (2020) 63:660–4. 10.1177/0020872820941032

Kartseva M.A., Kuznetsova P.O. The economic consequences of the coronavirus pandemic: which groups will suffer more in terms of loss of employment and income? *Popul. Econ*. 2020;4:26.

Kokou-Kpolou, C. K., Cénat, J. M., Noorishad, P. G., Park, S., & Bacqué, M. F. (2020). A comparison of prevalence and risk factor profiles of prolonged grief disorder among French and Togolese bereaved adults. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 55(6), 757–764. <https://doi.org/10.1007/s00127-020-01840-w>

Kokou-Kpolou, C. K., Fernández-Alcántara, M., & Cénat, J. M. (2020). Prolonged grief related to COVID-19 deaths: Do we have to fear a steep rise in traumatic and disenfranchised griefs?. *Psychological trauma: theory, research, practice and policy*, 12(S1), S94–S95. <https://doi.org/10.1037/tra0000798>

Marton, B., Kilbane, T., & Nelson-Becker, H. (2020). Exploring the loss and disenfranchised grief of animal care workers. *Death studies*, 44(1), 31–41. <https://doi.org/10.1080/07481187.2018.1519610>

Osta, N. M., Amundarain, S.Q., Pérez, I.S., Araiz, I. T., & Martinez, I., U. (2012). El duelo desautorizado: muerte perinatal. *Pechos llenos, brazos vacíos* (pp. 7-8)

Silverman, G. S., Baroiller, A., & Hemer, S. R. (2021). Culture and grief: Ethnographic perspectives on ritual, relationships and remembering. *Death studies*, 45(1), 1–8. <https://doi.org/10.1080/07481187.2020.1851885>

Tay, A. K., Rees, S., Steel, Z., Liddell, B., Nickerson, A., Tam, N., & Silove, D. (2017). The role of grief symptoms and a sense of injustice in the pathways to post-traumatic stress symptoms in post-conflict Timor-Leste. *Epidemiology and psychiatric sciences*, 26(4), 403–413. <https://doi.org/10.1017/S2045796016000317>

Tullis J. A. (2017). Death of an Ex-Spouse: Lessons in Family Communication about Disenfranchised Grief. *Behavioral sciences (Basel, Switzerland)*, 7(2), 16. <https://doi.org/10.3390/bs7020016>

Van Bortel, T., Basnayake, A., Wurie, F., Jambai, M., Koroma, A. S., Muana, A. T., Hann, K., Eaton, J., Martin, S., & Nellums, L. B. (2016). Psychosocial effects of an Ebola outbreak at individual, community and international levels. *Bulletin of the World Health Organization*, 94(3), 210–214. <https://doi.org/10.2471/BLT.15.158543>

Vegsund, H. K., Reinfjell, T., Moksnes, U. K., Wallin, A. E., Hjemdal, O., & Eilertsen, M. B. (2019). Resilience as a predictive factor towards a healthy adjustment to grief after the loss of a child to cancer. *PLoS one*, 14(3), e0214138. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0214138>

“Primeiro eu”: Programa de saúde mental positiva com enfermeiros: dados preliminares

Rita Alves de Pinho Faria^{1,2}; Olga Maria Martins de Sousa Valentim^{1,3,4}; Carlos António Laranjeira^{1,5,6}; Ana Isabel Fernandes Querido^{1,4,5}

¹ Escola Superior de Saúde do Politécnico de Leiria, Leiria, Portugal

² Centro Hospitalar de Leiria

³ Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches, IPLUSO, Lisboa, Portugal

⁴ CINTESIS NursID (Centre for Health Technology and Services Research), Porto, Portugal

⁵ Center for Innovative Care and Health Technology (ciTechCare) do Politécnico de Leiria, Portugal

⁶ RECI I&D Instituto Piaget, Viseu, Portugal

RESUMO

Introdução: Os enfermeiros constituem um grupo vulnerável ao *burnout* pois enfrentam no seu trabalho inúmeros stressores, designadamente: sobrecarga laboral, problemas de colaboração/comunicação em equipa, dificuldade na conciliação trabalho/ família e mais recentemente a pandemia COVID-19. A saúde mental positiva pode ajudar os trabalhadores a melhorar a satisfação profissional e a trabalhar o seu potencial produtivo global. **Objetivos:** a) avaliar a saúde mental positiva dos enfermeiros de um serviço de psiquiatria; b) customizar o programa de saúde mental positiva aplicado aos enfermeiros. **Metodologia:** Estudo descritivo correspondente à avaliação pré intervenção (*baseline*) de um estudo pré-experimental com grupo-único, integrado no projeto de melhoria contínua em enfermagem de saúde mental: “Primeiro Eu”. Foram recrutados enfermeiros de um serviço de psiquiatria e aplicados os seguintes instrumentos: a) avaliação sociodemográfica e de saúde; b) questionário de Saúde Mental Positiva. **Resultados:** Amostra constituída por 10 enfermeiros com idade média de 51 anos (DP= 8,23), maioritariamente casados/união de facto. 70% dos participantes tem contrato de trabalho em funções públicas e 50% possui o grau académico de mestre. Da avaliação *baseline*, os enfermeiros apresentam um nível alto ou *Flourishing* de SM+. Todavia os fatores Autocontrolo (M=16,20; DP=1,93) e Relacionamentos (M=23,70; DP=2,71) apresentam scores mais baixos. Estes achados justificaram ajustes no programa de SM+ desenvolvido por Teixeira (2020). **Conclusões:** Os dados preliminares permitiram customizar o programa às necessidades da população-alvo sendo um contributo relevante na promoção da saúde mental positiva dos enfermeiros em situação de pandemia.

Palavras-Chave: Saúde Mental Positiva, Enfermeiros, Enfermagem de Saúde Mental.

ABSTRACT

Introduction: Nurses are a vulnerable *group to burnout because* they face numerous stressors in their work, namely: work overload, problems of collaboration/team communication, difficulty in reconciling work/family and more recently the COVID-19 pandemic. Positive mental health can help workers improve job satisfaction and work on their global productive potential. **Objectives:** a) to evaluate the positive mental health of nurses in a psychiatric service; b) customize the positive mental health program applied to nurses. **Methodology:** Descriptive study corresponding to the pre-intervention value (*baseline*) of a pre-experimental study with single group, integrated into the project of continuous improvement in mental health nursing: "First I". Nurses from a psychiatric service were recruited and the following instruments were applied: a) sociodemographic and health assessment; b) Positive mental health questionnaire. **Results:** Sample consisted of 10 nurses with a mean age of 51 years (SD= 8.23), mostly married/de facto union. 70% of the participants have a contract of employment in public functions and 50% have an academic master's degree. From baseline evaluation, nurses present a high level or Flourishing of positive mental health. However, self-control factors (M=16.20; SD=1.93) and Relationships (M=23.70; SD=2.71) have lower scores. These findings justified adjustments in the positive mental health program developed by Teixeira (2020). **Conclusions:** Preliminary data allowed the tailoring of the program to the needs of the target population being a relevant contribution in the promotion of positive mental health for nurses during the pandemic.

Keywords: Positive Mental Health, Nurses, Mental Health Nursing.

RESUMEN

Introducción: Los enfermeros son un grupo vulnerable al agotamiento porque se enfrentan a numerosos factores estresantes en su trabajo, a saber: sobrecarga de trabajo, problemas de colaboración / comunicación en equipo, dificultad para conciliar el trabajo/familia y, más recientemente, la pandemia de COVID-19. Salud mental positiva puede ayudar a los trabajadores a mejorar la satisfacción laboral y trabajar en su potencial productivo global. **Objetivos:** a) evaluar la salud mental positiva de los enfermeros en un servicio psiquiátrico; b) personalizar el programa salud mental positiva aplicado a los enfermeros. **Resultados:** La muestra estuvo constituida por 10 enfermeros con una edad media de 51 años (DE= 8,23), en su mayoría casados/unión de hecho. El 70% de los participantes tiene un contrato de trabajo en funciones públicas y el 50% tiene un máster académico. Desde la evaluación basal, los enfermeros presentan un alto nivel o florecimiento de salud mental positiva. Sin embargo, factores de autocontrol (M=16,20; DE=1,93) y Relaciones (M=23,70; SD=2.71) tienen puntuaciones más bajas. Estos hallazgos justificaron ajustes en el programa salud

mental positiva desarrollado por Teixeira (2020). **Conclusiones:** Los datos preliminares permitieron adaptar el programa a las necesidades de la población objetivo siendo una contribución relevante en la promoción de salud mental positiva para los enfermeros en situación de pandemia.

Palabras Clave: Salud Mental Positiva, Enfermeros, Enfermería De Salud Mental

INTRODUÇÃO

O enfermeiro a exercer funções na área da saúde mental tem passado por importantes transformações nos últimos anos, com isso, novas práticas estão sendo adotadas pelos profissionais com o objetivo de proporcionar melhores cuidados à pessoa portadora de doença mental. Não obstante, e dado que os contextos clínicos de saúde mental e psiquiátrica representam um risco para a saúde mental dos profissionais, torna-se emergente proteger e melhorar a sua saúde mental e bem-estar psicossocial (Picco, 2017).

Os enfermeiros são vulneráveis ao stress ocupacional e ao *burnout* pois enfrentam no seu trabalho diversas exigências quantitativas e qualitativas. Dos stressores mais relevantes destacam-se: o elevado ritmo de trabalho, a sobrecarga laboral, o sofrimento dos utentes, os problemas de colaboração/comunicação em equipa, a dificuldade na conciliação trabalho/ família, falta de recursos humanos e materiais (Hoff, Carabetta & Collinson, 2019; Maroco et al., 2016), e mais recentemente, o impacto da pandemia COVID-19. A este propósito, Azevedo (2019) sublinha que os enfermeiros que atuam na área da saúde mental, estão exposto ao risco de *burnout* e a uma constelação de sintomas associados, particularmente: irritabilidade fácil, perda ou excesso de apetite, fadiga mental, problemas alérgicos e diminuição da libido.

A Saúde Mental Positiva (SM+), enquanto estado de funcionamento ótimo do ser humano, centra-se na promoção das qualidades do ser humano e na promoção do seu potencial (Lluch, 1999; Sequeira, 2020). Assim a sua adoção, reforça estratégias promotoras do *engagement*, da partilha, do suporte mútuo e do reconhecimento do esforço e dedicação dos enfermeiros. Adicionalmente, estas estratégias valorizam o capital humano nas instituições de saúde, quer em termos de motivação, quer da satisfação profissional (Faria, 2019).

Neste sentido, foi delineado um projeto de melhoria da qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde mental e psiquiátrica, com o propósito de promover a SM+ nos enfermeiros, através da aplicação de uma intervenção breve denominada “Primeiro Eu”, baseada no programa de SM+ proposto por Teixeira (2020). Neste sentido, foram definidos os seguintes objetivos: a) avaliar os níveis *baseline* de SM+ dos enfermeiros de um serviço de psiquiatria; e b) customizar o programa de SM+ a partir das necessidades identificadas.

METODOLOGIA

Design: Estudo descritivo correspondente à etapa pré-intervenção (*baseline*) integrada num estudo alargado de natureza pré-experimental de grupo único, com avaliação pré (T0) e pós intervenção (no término do programa - T1; e um mês após - *follow up*).

Participantes: Foi recrutada uma amostra por conveniência composta por 10 enfermeiros de um serviço de psiquiatria de um hospital geral da zona centro de Portugal.

Instrumentos: Na colheita de dados, foi utilizado um instrumento de autopreenchimento com: a) questões sociodemográficas e de saúde: sexo; estado civil; nível de formação; anos de exercício profissional; doença mental prévia; acompanhamento psiquiátrico; toma de medicação por doença mental; faltas por doença no último ano; satisfação com o sono; prática de exercício físico e nível de satisfação com a relação afetiva atual; b) Questionário de Saúde Mental Positiva [QSM+] (Sequeira *et al.* 2014) desenvolvido originalmente por Lluch (2002). Trata-se de um questionário composto por 39 afirmações sobre a forma de pensar, sentir e agir de cada indivíduo, agrupadas em seis fatores/dimensões (satisfação pessoal, atitude positiva, autocontrolo, autonomia, capacidade de realização de problemas e habilidades de realização interpessoal). Os itens são avaliados através de uma escala de tipo *Likert* que varia de 1 a 4 (1 – “sempre ou quase sempre” até 4 – “quase nunca ou nunca”). Dos 39 itens, 19 estão formulados de forma positiva e 20 itens de forma negativa. Os valores globais variam entre 39 e 156, sendo que quanto maior for o valor obtido maior será o nível de SM+. Garcia (2016) definiu três níveis de SM+: Nível baixo ou *Languising* [scores entre 39-78]; Nível intermédio [scores entre 79-117]; Nível alto ou *Flourishing* [scores entre 118-156].

Aspetos ético-formais: Os princípios éticos constantes na declaração de Helsínquia foram respeitados, sendo garantida a confidencialidade dos dados e o anonimato. O estudo foi aprovado pela Comissão de Ética do Centro Hospitalar de Leiria (CE-Nº46/21). A aplicação dos instrumentos decorreu de forma individualizada, tendo sido solicitado consentimento informado, livre e esclarecido a todos os participantes, após explicitação dos objetivos do estudo e o âmbito da sua participação, garantindo o anonimato e confidencialidade das informações recolhidas.

Análise estatística: Os dados do questionário foram tratados com recurso ao programa informático *Statistical Package for Social Sciences* (IBM-SPSS, versão 27). A estatística descritiva possibilitou determinar as frequências absolutas e percentuais, algumas medidas de tendência central, nomeadamente as médias, a amplitude de variação e o desvio padrão.

RESULTADOS

Caracterização da amostra

A amostra é composta por enfermeiros entre os 37 e 62 anos e com idade média de 51 anos (DP= 8,23). Na sua maioria são casados/união de facto, e têm um contrato de trabalho em funções públicas (70%). Cinco enfermeiros detêm o grau académico de mestre, sendo que o tempo de exercício profissional dominante está situado entre os 20-30 anos. Os resultados encontrados (tabela 1), relativos aos dados de saúde, revelam que 90% dos enfermeiros não tem doença mental. Todavia, 7 enfermeiros identificaram tomar medicação para doença mental, e 8 faltaram no último ano ao local de trabalho. Quanto à satisfação com o padrão de sono, 7 profissionais revelaram dormir o número de horas suficiente para as suas necessidades. A maioria dos enfermeiros não realiza atividade física (60%) e encontra-se satisfeita com a sua relação afetiva atual (80%).

Avaliação pré intervenção da SM+

Da análise preliminar (avaliação *baseline*) dos QSM+, os enfermeiros apresentam um nível alto ou *Flourishing* de SM+. Na tabela 2, encontram-se os dados pré-intervenção (avaliação *baseline*).

Tabela 1. Variação de resultados, mínimo, máximo, média, desvio padrão e score médio dos fatores do Questionário de Saúde Mental Positiva (SM+) (N = 10)

QSM+	N.º itens	Mín./Máx.	<u>M</u>	<u>DP</u>	Score médio (<u>M</u> / n.º itens)
F1: Satisfação pessoal	8	27-31	29,40	1,58	3,68
F2: Atitude pró-social	5	16-20	18,10	1,52	3,62
F3: Autocontrolo	5	13-19	16,20	1,93	3,24
F4: Autonomia	5	14-20	17,30	2,00	3,46
F5: Resolução de problemas e realização pessoal	9	27-36	31,70	3,62	3,52
F6: Habilidades de relação interpessoal	7	19-28	23,70	2,71	3,39
SM+ total	39	123-152	136,40	9,89	3,50

Verificamos que os enfermeiros da nossa amostra têm, de uma forma geral SM+, apresentando uma média global de 136,40 (DP=9,89). Os resultados mostram médias mais elevadas na *Satisfação pessoal* e na *Atitude pró-social* e médias mais baixas no *Autocontrolo* e *Habilidades de relação interpessoal* (Tabela 2).

Customização do programa de SM+

De seguida, apresentaremos a proposta do projeto “Primeiro Eu”, baseado Programa de SM+ para Adultos (Mentis Plus) de Teixeira (2020):

Tipo de grupo – tenciona-se constituir um grupo de desenvolvimento (não terapêutico), no qual se irá promover o crescimento pessoal e a aquisição de competências relacionais. Como modelo teórico será utilizada a sequência Cognitivo-Comportamental, quer seja porque esta teoria tem demonstrado bons resultados (Bieling *et al.*, 2006), quer porque a intervenção em grupo é um processo dinâmico, orientado pelas prioridades e necessidades do grupo (Bieling, 2006).

Tamanho e constituição do grupo - o grupo será constituído por 10 elementos. Considerou-se que este seria o tamanho adequado, tendo em conta o número de sessões e a duração de cada sessão, pretendendo-se possibilitar uma maior disponibilidade para atender às idiossincrasias de cada participante. O grupo será fechado, não havendo entrada de novos elementos, permitindo, assim, um maior comprometimento e abertura entre eles, para se trabalhar ativamente sobre os seus problemas e facilitar o seu desenvolvimento e coesão grupal (Neufeld, 2017).

Duração da intervenção - dado que se trata de uma intervenção breve de natureza psicoeducativa, serão realizadas 8 sessões, com periodicidade semanal, com uma duração aproximada de 30-45 minutos cada.

Setting - face ao contexto pandémico por COVID-19 o programa será desenvolvido no formato híbrido (presencial e online), onde se abordam os dois fatores prioritários de intervenção de acordo com os resultados do QSM+: Autocontrolo e Habilidades de Relação Interpessoal. O programa será divulgado aos enfermeiros do departamento de SMP através de folheto A4 e vídeo explicativo. De acordo com os dados preliminares propõe-se a seguinte estrutura (tabela 3).

Tabela 2. Estrutura do Programa de Saúde Mental Positiva “Primeiro eu”

APRESENTAÇÃO	Contratualização do programa com os participantes (individual)
OBJETIVO GERAL	Promover Saúde Mental Positiva
SESSÕES	<p>Sessão Inicial: Introdução ao tema (avaliação SM+) Objetivos: Clarificar o motivo do programa; informar sobre os objetivos e expectativas; apresentação do programa de intervenção especializada; Aplicação dos questionários: Questionário Sociodemográfico e de SM+; informar sobre data e hora da sessão seguinte.</p> <p>Sessão 1 a 3- Autocontrolo Objetivos: Promover expressão de sentimentos, desenvolver competências de gestão de controlo emocional através de técnicas não cognitivas, cognitivas e de relaxamento; implementar técnicas não cognitivas e cognitivas de controlo emocional, e técnica de relaxamento</p> <p>Intervenção: Ensinar/Instruir/Treinar técnicas de autocontrolo; assistir o cliente a alterar o comportamento; ensinar/instruir/treinar técnicas de respiração Diafragmática e Relaxamento Autogénico de Schultz.</p> <p>Atividades – A - técnica não cognitiva de controlo emocional (Técnica de respiração profunda); B- técnicas de mudança de perspetiva; técnica de afirmações positivas;</p>

	<p>técnica de ensaio mental; técnicas cognitivas de controlo emocional: modelo abc; C - Técnica de relaxamento autogénico de Schultz)</p> <p>Sessão 4 a 6- Habilidades de Relação Interpessoal</p> <p><u>Objetivos:</u> Melhorar a adequação das relações interpessoais; promover a expressão de sentimentos; desenvolver estratégias de adequação das necessidades individuais à realidade;</p> <p><u>Atividades:</u> dinâmicas de grupo sustentadas na técnica de resolução de problemas - “Caixa das Relações”, Técnicas de orientação cognitiva -“E se fosse comigo?”, e treino de habilidades sociais- “Pedras Basilares”</p> <p><u>Intervenção:</u> Ensinar/Instruir/Treinar competências sociais; Executar Aconselhamento; Executar técnica de resolução de problemas; executar apoio emocional.</p> <p>Sessão 7: Sessão final</p> <p><u>Objetivos:</u> Avaliar o trabalho desenvolvido e obter <i>feedback</i> sobre o programa</p> <p>Sessão 8: Sessão de <i>follow up</i> (1 mês após)</p> <p><u>Objetivo:</u> Avaliar SM+ por QSM+ após um mês do programa</p>
AValiação	Reavaliação SM+ por QSM+; Inquérito Satisfação após Programa

DISCUSSÃO

O contexto pandémico atual tem gerado medo e insegurança nos profissionais de saúde. Entre os enfermeiros, os fatores desencadeantes do desequilíbrio da saúde mental podem estar relacionados aos processos de trabalho, a saber: os relacionamentos com a equipa de trabalho, o cliente e os familiares; a sobrecarga de trabalho; o desgaste; a falta de equipamentos de proteção individual; o suporte social; os conflitos de interesse; e as estratégias de *coping* desenvolvidas para evitar contaminação (Barbosa et al, 2020).

Os enfermeiros tiveram de adaptar-se ao ‘novo normal’ imposto pela pandemia, e apesar dos nossos resultados não revelarem a presença de doença mental prévia, alertam para o consumo de terapêutica psiquiátrica por parte destes profissionais. Uma meta-análise recente (Varghese et al., 2021) alerta para o declínio da saúde mental dos enfermeiros durante a pandemia. Na esteira desta evidência, Bitencourt et al. (2021) estabelece a relação entre o aumento da ansiedade nos profissionais de saúde e o aumento no consumo de terapêutica ansiolítica. Assim torna-se necessário investir em programas promotores de saúde mental com enfoque na psicoeducação dos profissionais de saúde e programas de apoio psicológico, que incluam o apoio por pares e o aconselhamento (David et al., 2021).

De acordo com a revisão sistemática de Teixeira (2019), os programas de SM+ podem ter efeitos positivos significativos na saúde mental. Assim, quando os enfermeiros investem na SM+ estão mais capazes de reconhecer as suas capacidades/limitações, trabalhar de forma produtiva, e assegurar uma prestação de cuidados segura.

Deste modo, considera-se que a implementação de uma intervenção breve, baseada no programa de SM+, poderá permitir otimizar a SM+ dos enfermeiros. Não obstante, estamos conscientes que o programa beneficia em ser aplicado na sua totalidade dando enfoque a outros fatores que proporcionem bem-estar, satisfação com a vida, desenvolvimento pessoal contínuo e adaptação à mudança.

O presente estudo apresenta algumas limitações que importa referir. Uma das limitações prende-se com o facto de se tratar de um estudo transversal, o que implica que a recolha de dados tenha sido realizada num só momento, e por essa mesma razão, a informação obtida é limitada. Outra limitação consiste no facto de ser uma amostra reduzida composta por enfermeiros de uma unidade do serviço psiquiatria e saúde mental, o que limita a representatividade e generalização dos dados. Foram encontrados alguns desafios no recrutamento dos enfermeiros, por isso a negociação para contabilização de horas de formação ao nível institucional.

CONCLUSÕES

Os dados encontrados, ainda que preliminares, permitiram customizar o programa de SM+ às necessidades da população-alvo constituindo, em si, um contributo relevante para a promoção da saúde mental em situação pandémica.

Após uma reflexão sobre os resultados obtidos neste estudo e o *feedback* fornecido pelos enfermeiros, consideramos que os dados alcançados podem funcionar como um ponto de partida para a conceção, implementação e avaliação de medidas que potenciem melhores índices de SM+. As intervenções promotoras de SM+ maximizam o potencial de cada profissional na auto e heteroregulação socioemocional, traduzindo-se em melhores níveis de autocontrolo e autoeficácia.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Azevedo, D. da S., Ferraz, MMM, Ferreira, R. de SA, Lira, JAC, Azevedo, D. da S., Amorim, SMR, & Veloso, LUP (2019). Risco de Síndrome de Burnout em enfermeiros da saúde mental TT - Risco de Síndrome de Burnout em enfermeiros de saúde mental. *Rev. Enferm. UFPE on Line*, 13, [1-9]. Obtido em <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/241609/33323>
- Barbosa, D.J.; Gomes, M.P.; Souza, A.B.A.; Gomes, A.M.T(2020). Fatores de estresse nos profissionais de enfermagem no combate à pandemia da COVID19: Síntese de evidências. *Com. Ciências Saúde*, 31 Suppl 1:31-47.
- Bieling, P. J., McCabe, R. E., & Antony, M. M. (2006). *Cognitive behavioral therapy in groups*. New York: The Guilford Press.
- Bitencourt, M. R., Silva, L. L., Alarcão, A., Dutra, A. C., Bitencourt, M. R., Garcia, G. J., de Andrade, L., Nickenig Vissoci, J. R., Pelloso, S. M., & Carvalho, M. (2021). The Impact of Violence on the Anxiety Levels of Healthcare Personnel During the COVID-19 Pandemic. *Frontiers in psychiatry*, 12, 761555. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2021.761555>
- Carvalho, D., R., S., Querido, A., I., F., Tomás, C., C., Gomes, J., M., F., & Cordeiro, M., S., S., (2019). A saúde mental dos enfermeiros: Um estudo preliminar. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (21). <https://doi.org/10.19131/rpesm.0237>
- David, E., DePierro, J.M., Marin, D.B. et al. COVID-19 Pandemic Support Programs for Healthcare Workers and Implications for Occupational Mental Health: A Narrative Review. *Psychiatr Q* (2021). <https://doi.org/10.1007/s1126-021-09952-5>

- Faria, S., Queirós, C., Borges, E., & Abreu, M. (2019). Saúde mental dos enfermeiros: Contributos do *burnout* e *engagement* no trabalho. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 22,09-18.<https://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0258>
- Hoff, T., Carabetta, S., & Collinson, G. E. (2019). Satisfaction, Burnout, and Turnover Among Nurse Practitioners and Physician Assistants: A Review of the Empirical Literature. *Medical care research and review: MCRR*, 76(1), 3–31. <https://doi.org/10.1177/1077558717730157>.
- Lluch- Canut, M.T., (1999). Construcción de una escala para evaluar la salud mental positiva. (Tesis Doctoral). Barcelona: Universidad de Barcelona, Facultad Psicología
- Lluch- Canut, M.T. (2002). Evaluación empírica de un modelo conceptual de salud mental positiva. *Salud mental*,25(4), 42-55.
- Marôco, J., Marôco, A., Leite, E., Bastos, C., Vazão, M., & Campos, J. (2016). Burnout em Profissionais de Saúde Portugueses: Uma Análise a Nível Nacional. *Acta Médica Portuguesa*, 29 (1), 24-30. doi: <http://dx.doi.org/10.20344/amp.6460>.
- Neufeld, Carmem & Rangé, Bernard. (2017). Terapia Cognitivo-Comportamental em Grupos: Das evidências à prática clínica.
- Picco, L., Yuan, Q., Vaingankar, JA, Chang, S., Abdin, E., Chua, HC, Subramaniam, M. (2017). Saúde mental positiva entre profissionais de saúde que atuam em um hospital psiquiátrico. *PLoS ONE*, 12 (6). <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0178359>.
- Sequeira, C., Carvalho, J. C., Sampaio, F., Sá, L., Lluch-Canut, T., & Roldán-Merino, J. (2014). Avaliação das propriedades psicométricas do Questionário de Saúde Mental Positiva em estudantes portugueses do ensino superior. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (11), 45-53.
- Sequeira, C., & Sampaio, F. (2020). *Enfermagem em Saúde Mental - Diagnósticos e Intervenções*. Lisboa: Lidel.
- Teixeira, S., Sequeira, C. & Lluch, T. (2020). Programa de promoção de Saúde Mental Positiva para adultos (Mentis Plus+): manual de apoio. Porto: A Sociedade Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental
- Teixeira, SMA , Coelho, JCF , da Cruz Sequeira, CAC , Lluch i Canut, MT , Ferré-Grau, C.(2019) A eficácia de programas positivos de saúde mental em adultos: uma revisão sistemática . *Comunidade de Assistência Social de Saúde*; 27: 1126 1134 .<https://doi.org/10.1111/hsc.12776>
- Varghese, A., George, G., Kondaguli, S. V., Naser, A. Y., Khakha, D. C., & Chatterji, R. (2021). Decline in the mental health of nurses across the globe during COVID-19: A systematic review and meta-analysis. *Journal of global health*, 11, 05009. <https://doi.org/10.7189/jogh.11.05009>

Recensão Crítica do artigo científico: “Nursing Theory in Virtual Care”

Ana Rosinhas¹; Aramid Gomes¹; Sílvia Ramos¹; Germano Couto²

¹Centro Hospitalar Universitário do Porto; Serviço de Cuidados Intensivos I

²Escola Superior de Saúde Fernando Pessoa e CINTESIS – Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Grupo de Investigação NursID

RESUMO

Introdução A saúde digital tem vindo a ser reconhecida internacionalmente pelos sistemas de saúde como uma oportunidade para fazer face aos desafios na prestação de cuidados. Em particular a eSaúde, telessaúde e telemedicina assumem, atualmente, áreas de importância crescente nos Sistemas de Saúde. **Objetivos** Sumariar as ideias do artigo; avaliar a qualidade metodológica e potencial de translação do conhecimento gerado pelo mesmo. **Método** Atendendo a que a translação de conhecimento da teoria para a prática carece de uma cuidada análise da evidência, considerou-se pertinente realizar uma recensão crítica, que seguiu a estrutura proposta por Magro e Nunes (2014). **Resultados** Artigo com nível de evidência 5.c, publicado numa revista do segundo quartil, que procura refletir acerca das vantagens e barreiras do cuidado virtual e na integração das teorias de enfermagem neste ambiente do cuidar. É possível aos enfermeiros fundamentar o cuidado com recurso aos modelos teóricos já desenvolvidos, tais como: o da adaptação, das relações interpessoais e do défice do autocuidado. **Conclusão** O cuidado virtual permite a transposição de barreiras geográficas, um acompanhamento mais continuado e facilita a partilha de informação e melhor articulação de cuidados. A aplicação das escolas do pensamento e conceções teóricas de enfermagem pode contribuir para a melhoria da competência profissional, promoção da qualidade assistencial e desenvolvimento de investigação em contexto de cuidar virtual. A base científica do artigo torna plausível a translação dos seus resultados para a prática, embora os resultados reportem a necessidade de mais e melhor evidência.

Palavras-Chave: Saúde digital; Telemedicina; Teoria de Enfermagem; Recensão Crítica

ABSTRACT

Background Digital health has been internationally recognized by health systems as an opportunity to face challenges in provision of care. In particular, eHealth, telehealth and telemedicine are currently significant growing areas in Health Systems. **Aim** Summarize the article's ideas; to assess the methodological quality and translation potential of the knowledge engender by it. **Methods** Attending that the knowledge translation from theory to practice requires a careful evidence analysis, it was considered relevant to carry out a critical review, which followed the structure proposed by Magro and Nunes

(2014). **Results** Article with level of evidence 5.c, published in a second quartile journal, which seeks to reflect on the advantages and barriers of virtual care and the integration of nursing theories in this care environment. It is possible for nurses to substantiate care grounded in nursing theoretical models that have already been developed, such as: the adaptation model of nursing, the theory of interpersonal relations and the self-care deficit nursing theory. **Conclusion** Virtual care allows the transposition of geographical barriers, a continuous follow-up and promotes information sharing and better care articulation. The application of schools of thought and theoretical nursing concepts may contribute to improve professional competence, quality of care and to develop research in virtual care context. The scientific basis of the article makes it plausible to translate its results into practice, although the results report the need for more and better evidence.

Keywords: Digital health; telemedicine; Nursing Theories; Critical Review

RESUMEN

Introducción: La salud digital ha sido reconocida internacionalmente por los sistemas de salud como una oportunidad para enfrentar desafíos en la prestación de cuidados. En particular, la eSalud, la telesalud y la telemedicina son actualmente áreas de creciente importancia en los Sistemas de Salud. **Objetivos:** Resumir las ideas del artículo; evaluar la calidad metodológica y el potencial de traducción del conocimiento que genera. **Método:** Dado que la traducción del conocimiento de la teoría a la práctica requiere un análisis cuidadoso de la evidencia, se consideró pertinente realizar una revisión crítica, la cual siguió la estructura propuesta por Magro y Nunes (2014). **Resultados:** Artículo con nivel de evidencia 5.c, publicado en una revista del segundo cuartil, que busca reflexionar sobre las ventajas y barreras del cuidado virtual y la integración de las teorías de enfermería en este ambiente de cuidado. Es posible que los enfermeros basen el cuidado utilizando los modelos teóricos ya desarrollados, tales como: adaptación, relaciones interpersonales y déficit de autocuidado. **Conclusión:** El cuidado virtual permite la transposición de barreras geográficas, un seguimiento más continuo y facilita el intercambio de información y una mejor articulación del cuidado. La aplicación de corrientes de pensamiento y conceptos teóricos de enfermería puede contribuir para mejorar la competencia profesional, promover la calidad del cuidado y desarrollar investigaciones en el contexto del cuidado virtual. La base científica del artículo hace plausible trasladar sus resultados a la práctica, aunque los resultados reportan la necesidad de más y mejores evidencias.

Palabras Clave: Salud Digital; Telemedicina; Teoría de Enfermería; Revisión Crítica

INTRODUÇÃO

A pandemia provocada pelo vírus *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2* (SARS-CoV-2) deu início à rápida implementação de medidas e estratégias de intervenção digital passíveis de mitigar o impacto causado a todos os clientes que requerem cuidados de saúde (Crawford & Serhal, 2020). Novos conceitos como cuidado virtual, saúde digital, eSaúde, telessaúde, telemonitorização, telemedicina e novas intervenções digitais (teleconsulta e videoconsulta) (Rutledge et al., 2017) trouxeram para o léxico de clientes, profissionais e organizações a necessidade crescente de entender as oportunidades e desafios da disseminação de conteúdo de saúde via digital, realçando aspetos da literacia em saúde digital e a importância de uma tecnologia emergente centrada nas pessoas (Conard, 2019; Dunn, 2019). As intervenções de saúde digital podem ser categorizadas de acordo com quatro tipos de tecnologia: baseados em dispositivos móveis, baseados na web, telessaúde e registos eletrónicos de saúde. Estes implicam seis domínios de competências (*skills*) e habilidades: literacia funcional que possibilite o desenvolvimento dos níveis seguintes (literacia interativa e crítica); literacia em saúde; literacia em informação; literacia científica; literacia mediática e literacia informática, necessárias para compreender, processar e agir sobre informações relacionadas à saúde (El Benny et al., 2021; Norman & Skinner, 2006). Na Enfermagem, a evidência demonstra que, relativamente à utilização da telessaúde entre enfermeiros, não se verificaram mudanças significativas ao longo dos anos. No entanto, os inúmeros recursos tecnológicos implicam novas necessidades de aprendizagem e uma alocação de recursos humanos e técnicos para a sua implementação, aspeto que ainda constitui uma limitação (Koivunen & Saranto, 2018). A mudança da prática tradicional de Enfermagem presencial para o uso de telessaúde exige acordos locais entre profissionais de saúde e especialistas em Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) e apoio administrativo. O envolvimento do cliente na implementação destas estratégias de intervenção é, também, uma premissa fundamental, parecendo haver mais fatores facilitadores do que barreiras a serem superadas. Apesar do uso quotidiano das TIC na vida pessoal, os enfermeiros demonstram ainda uma atitude negativa em relação ao uso da telessaúde na Enfermagem, aspeto que levanta a necessidade de uma discussão mais aprofundada entre os profissionais sobre a forma como esta mudança poderá ser implementada na prática (Koivunen & Saranto, 2018). Paralelamente, ainda pouco se sabe relativamente à aplicação dos modelos teóricos de Enfermagem no cuidado virtual, à efetividade das intervenções dos enfermeiros nestes contextos e às habilidades e competências necessárias para responder às necessidades em saúde digital (Rutledge et al., 2017). A *Registered Nurses' Association of Ontario* (RNAO) (2022) encontra-se a desenvolver aquele que poderá ser o primeiro guia orientador de boas práticas em enfermagem no âmbito do cuidado virtual, e que incluirá recomendações baseadas em evidências para enfermeiros, organizações e

sistemas de saúde e que abordam a capacidade dos enfermeiros para manter, avançar e fortalecer a prática profissional no contexto de um ambiente de saúde digital. A RNAO (2022) conta que a sua diretriz, *Clinical Practice in a Digital Health Environment*, venha a abranger: 1) as habilidades e competências exigidas pelos enfermeiros da prática clínica para garantir um atendimento clínico seguro, de qualidade, centrado no cliente e compassivo por meio de relacionamentos terapêuticos, num ambiente de saúde digital; 2) as habilidades e competências dos enfermeiros para se envolver na concepção, desenvolvimento e avaliação do ambiente digital de saúde e 3) as habilidades e competências dos enfermeiros em todos os domínios (prática clínica, administração, educação, política e investigação) para apoiar a interface entre a prática clínica de Enfermagem e a tecnologia. Perante este quadro e atendendo a que a translação de conhecimento da teoria para a prática carece de uma cuidada análise da evidência, considerou-se pertinente realizar uma revisão crítica do artigo *Nursing Theory in Virtual Care* (Fronczek, 2019), com os objetivos de: resumir as ideias do artigo Teorias de enfermagem no cuidado virtual; avaliar a qualidade metodológica do estudo e o potencial de translação do conhecimento gerado pelo mesmo.

MÉTODO

Esta revisão crítica seguiu a estrutura proposta por Magro e Nunes (2014), no seu documento Etapas para a elaboração da revisão crítica, que consistem em: 1) leitura do texto; 2) pesquisa de informação; 3) organização da informação; 4) planificação da revisão e 5) textualização da revisão. Todos os autores participaram em conjunto e ativamente em todas as etapas.

Leitura do texto

Efetuada leitura do texto integral com foco em: 1) identificação do tema do texto, 2) identificação dos tópicos abordados no conteúdo do texto e 3) identificação das ideias chave relativas a cada tópico.

Pesquisa de informação

Esta etapa passou pela inclusão de informação relevante para o tema em análise a partir de motores de busca com revisão por pares e pela pesquisa de referências secundárias. Foi conduzida uma pesquisa limitada no motor de busca EBSCOhost, de modo a identificar os descritores/ termos-chave mais comumente utilizados no âmbito da revisão crítica. De seguida, realizou-se uma pesquisa, que decorreu entre junho e julho de 2021, nas bases de dados *MEDLINE* via *PUBMED*, *CINAHL*, *Plus with Full Text*, *CINAHL Headings*, no motor de busca da página da Ordem dos Enfermeiros (OE) e da Direção-Geral da Saúde, com recurso aos termos chave previamente identificados e aos descritores do browser dos Descritores de Ciências em Saúde, tendo sido

identificados: telemedicina, teleconsulta, saúde digital, telessaúde, modelos de enfermagem e teoria de enfermagem.

Organização da informação

Os documentos que emergiram da pesquisa realizada, úteis para a análise crítica, foram organizados sobre a forma tabular e narrativa, através de uma tabela em *Microsoft Word* previamente construída pelos autores composta pelas seguintes informações: autor, ano, título e principais conclusões. A recolha de dados e organização da informação do documento *Nursing Theory in Virtual Care* (Fronczek, 2019), foi efetuada com recurso a um formulário em *Microsoft Word*, construído pelos autores e com base nos seguintes itens: título do documento; autor; ano; revista de publicação; quartil e fator de impacto da revista com recurso ao *browser* do *SCImago Journal & Country Rank*; metodologia e nível de evidência do artigo a ser analisado com recurso à proposta dos níveis de evidência apresentados pelo *Joanna Briggs Institute* (JBI) (2013); objetivo do artigo; principais resultados e conclusões.

Planificação da recensão e Textualização da Recensão Crítica

A planificação, redação e textualização da recensão crítica inclui: introdução, síntese, análise crítica/interpretativa e conclusão. O recurso aos dados agrupados através do instrumento construído para a recolha das informações pertinentes à análise crítica do documento *Nursing Theory in Virtual Care* (Fronczek, 2019) e dos documentos identificados para o confronto da informação do texto com outras fontes, permitiu a análise crítica/interpretativa e a conversão desta em unidades linguísticas, permitindo efetuar a avaliação global do contributo do texto alvo da recensão, para o conhecimento do tema.

RESULTADOS

Os resultados foram analisados conjuntamente por todos os autores. A consulta da tabela 1 permite identificar os seis documentos que resultaram da pesquisa e que possibilitaram o confronto da informação do artigo em recensão com outras fontes.

Tabela 1 - Informação proveniente de outras fontes

Autor/ano	Título	Conclusões
Fawcett (1984)	The Metaparadigm of Nursing: Present Status and Future Refinements. <i>Image: The Journal of Nursing Scholarship</i> .	Os quatro conceitos centrais do metaparadigma de enfermagem: saúde, pessoa, ambiente e cuidados de enfermagem identificam os fenómenos centrais da disciplina de enfermagem de forma abstrata e global e fornecem direção para o desenvolvimento das teorias de enfermagem.
Ossebaard & Van Gemert-Pijnen (2016)	eHealth and quality in health care: implementation time.	O programa <i>ceHRes Roadmap</i> contempla as necessidades dos usuários, profissionais e organizações na implementação da esauúde, integrando o conhecimento das disciplinas sociais e tecnológicas, as necessidades de

		acesso, acessibilidade e indicadores de qualidade.
Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2019)	Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. Plano Estratégico Nacional para a Telessaúde 2019-2022.	São identificadas 6 linhas estratégicas, complementadas por 12 medidas para o desenvolvimento da Telessaúde.
Thomas et al. (2021)	Review of the current empirical literature on using videoconferencing to deliver individual psychotherapies to adults with mental health problems.	A intervenção psicoterapêutica aplicada por videoconferência não apresenta diferenças estatisticamente significativas quando comparada com a intervenção presencial, nos indicadores: satisfação, participação, conclusão das sessões e relação terapêutica.
Ordem dos Psicólogos Portugueses (2021)	Ordem dos Psicólogos Portugueses. Plano Estratégico Nacional para a Telessaúde 2019-2022.	Sugeridas 3 recomendações para utilizadores do serviço de telessaúde; 4 recomendações para profissionais de telessaúde e 6 recomendações gerais.
OE (2021)	Ordem dos Enfermeiros. Consultas de Enfermagem à distância TELENFERMAGEM Guia de Recomendações.	4 Princípios e 10 recomendações devem ser consideradas para promover o desenvolvimento e uniformização das consultas de enfermagem à distância.

A consulta da tabela 2 permite identificar os dados recolhidos na análise do documento *Nursing Theory in Virtual Care* (Fronczek, 2019) e que contribuíram para a planificação, redação e textualização da recensão crítica.

Tabela 2 - Síntese das principais evidências

Título do artigo	Nursing Theory in Virtual Care
Autores/Ano	Fronczek, 2019
Revista da publicação	Nursing Science Quarterly
Quartil e fator de impacto da revista (SCImago Journal & Country Rank)	Segundo quartil com fator de impacto 0,766
Metodologia e nível de evidência (JBI, 2013)	Opinião de perito, nível de evidência 5.c
Objetivo do artigo	<ul style="list-style-type: none"> • Apresentar a visão dos sistemas de saúde atuais sobre os ambientes de cuidados virtuais; • Refletir sobre a integração das teorias de enfermagem em ambientes virtuais.
Resultados	<ul style="list-style-type: none"> • Potencial para fundamentar o cuidado virtual com recurso às escolas do pensamento já desenvolvidas, tais como: a escola dos resultados/efeitos desejados de Calista Roy, escola das necessidades de Dorothea Orem e escola das interações de Iomegene King, Hildegard Peplau e Afaf Meleis; • Carência de literacia em saúde na utilização segura dos cuidados virtuais; • Promoção da inclusão digital; • Potencial para promover as relações interpessoais e os resultados em saúde; • Expansão dos cuidados de saúde a áreas geográficas remotas; • Identificação e alcance de novas necessidades em saúde; • Desenvolvimento de competências de enfermagem em espaços virtuais de cuidado.

DISCUSSÃO

O artigo em análise apresenta uma linguagem consideravelmente técnica, referindo-se a conceitos de telessaúde e às teorias de enfermagem, sendo o seu público-alvo os enfermeiros. Tem uma construção sintática adequada e com uma lógica coerente na

apresentação dos conceitos descritos ao longo do documento. *Nursing Theory in Virtual Care* (Fronczek, 2019) foi publicado na revista *Nursing Science Quarterly* no ano de 2019, uma revista publicada trimestralmente, dedicada ao desenvolvimento da prática guiada pela teoria de enfermagem, indexada, com fator de impacto de 0,766 e pertencente ao segundo quartil. Fronczek, única autora deste artigo, que se enquadra no nível 5c segundo os níveis de evidência JBI (2013), é professora associada na Universidade de *Binghamton* em Nova Iorque e desenvolve atualmente pesquisas na área de telessaúde e de saúde digital (prática de saúde apoiada em assistentes digitais) associadas às teorias de Enfermagem. O artigo procura apresentar a visão dos sistemas de saúde atuais sobre os ambientes de cuidados virtuais e refletir sobre a integração das teorias de enfermagem nestes contextos. Apesar de não descrever claramente os conceitos centrais da filosofia de Enfermagem, remete-nos para os conceitos do metaparadigma de enfermagem (Fawcett, 1984): pessoa, saúde, ambiente e cuidados de Enfermagem, e sublinha a importância de testar as teorias de Enfermagem no âmbito da intervenção virtual. O ambiente é um dos conceitos do metaparadigma em Enfermagem e é entendido como aquele em que a pessoa é parte integrante, interagindo com o mesmo de forma mútua e em simultâneo. É constituído por elementos humanos, físicos, políticos, económicos, culturais e organizacionais, que condicionam e influenciam os estilos de vida e que se repercutem no conceito de saúde (Fawcett, 1984). Fronczek (2019) refere que na prática dos cuidados, os enfermeiros necessitam de centrar a sua intervenção em modelos teóricos de Enfermagem e na complexa interdependência pessoa/ ambiente, pelo que é importante que a Enfermagem reconheça esta interação como um recurso vantajoso. Ossebaard e Van Gemert-Pijnen (2016), consideram que, no universo do cuidado virtual, a telessaúde poderá potenciar o desenvolvimento dos sistemas de saúde na acessibilidade e proximidade aos cuidados e na capacitação do cidadão, propondo orientações úteis quer na ótica dos utilizadores, quer na ótica dos profissionais. Os mesmos autores destacam o programa *ceHRes Roadmap*, como capaz de integrar os conhecimentos e modelos desenvolvidos pelas ciências sociais. Em Portugal, os Serviços Partilhados do Ministério da Saúde (2019) identificaram 6 linhas estratégicas, complementadas por 12 medidas enquanto plano estratégico nacional para o desenvolvimento da Telessaúde, nomeadamente a estratégia IV que realça as necessidades de integração, continuidade e proximidade dos cuidados de saúde. Ao longo do documento de Fronczek (2019) realça-se a necessidade de identificar as barreiras e as vantagens da utilização das intervenções em contexto virtual, propondo discussões fundamentais para o cuidar em Enfermagem e em particular no sentido de desenvolver *rapport* e relação terapêutica no mundo virtual. A revisão da literatura de Thomas et al. (2021) descreve que, no contexto da saúde mental, a intervenção psicoterapêutica aplicada por videoconferência não

apresenta diferenças estatisticamente significativas quando comparada com a intervenção presencial, nos indicadores: satisfação, participação, conclusão das sessões e relação terapêutica, sendo uma estratégia segura e eficaz. Por sua vez, a Ordem dos Psicólogos Portugueses (2021), de entre as 4 recomendações que propõe para os profissionais de saúde, destaca a importância de investir na formação, no sentido de desenvolver competências científicas, técnicas e éticas para a prestação segura e eficaz deste tipo de intervenções (incluindo a forma de lidar com as barreiras percebidas pelos utilizadores e/ou resistência à transição para este tipo de ambientes; estratégias de comunicação e de estabelecimento de relação no contexto virtual e limites e desafios que se colocam a este tipo de serviços). À luz dos conceitos amplamente desenvolvidos por cada escola do conhecimento em Enfermagem, Fronczek (2019) destaca o potencial para fundamentar o cuidado virtual com recurso às escolas do pensamento já desenvolvidas, tais como: a escola dos resultados/efeitos desejados de Calista Roy, escola das necessidades de Dorothea Orem e escola das interações de Iomegene King, Hildegard Peplau e Afaf Meleis. A possibilidade de integração do conhecimento de Enfermagem na saúde digital, vem expressa no documento da OE (2021) Consultas de Enfermagem à distância, telenfermagem, onde são apresentados 4 princípios e 10 recomendações a serem consideradas na promoção, desenvolvimento e uniformização das consultas de Enfermagem à distância e que se encontram retratados no quadro 1. A aplicação das escolas do pensamento e suas conceções teóricas no contexto virtual pode contribuir para a melhoria da competência profissional, promoção da qualidade assistencial e desenvolvimento de investigação (Fronczek, 2019; OE, 2021).

Quadro 1 - Princípios e recomendações em *TELENFERMAGEM*

4 PRINCÍPIOS	
A O uso das TIC na saúde têm o potencial para melhorar o acesso e otimizar o atendimento e a proximidade dos utentes aos cuidados de enfermagem.	
B O uso das TIC na saúde deve cumprir os padrões de qualidade da prática de enfermagem, baseando-se nas características e necessidades do utente, na melhor evidência científica disponível e nas competências do profissional, tendo por base os normativos legais e os referenciais deontológicos vigentes na Enfermagem em Portugal.	
C O uso das TIC na saúde deve salvaguardar sempre a segurança das informações, assegurando a privacidade e a confidencialidade.	
D A utilização das TIC em saúde permite a interação à distância do enfermeiro com o utente/grupo/cuidador, bem como a consultoria entre profissionais de saúde.	
10 RECOMENDAÇÕES	
1 As instituições dos diferentes níveis e contextos de cuidados de saúde devem garantir a utilização das TIC em saúde pelos enfermeiros, assegurando o acesso a equipamentos adequados e a formação para a sua utilização.	6 Sempre que o enfermeiro considere que a informação fornecida pelo utente, de forma telemática, não é clara ou suficiente para a tomada de decisão clínica, deve encaminhar para outra forma de cuidado
2 Cada contexto de prestação de cuidados deve possuir um procedimento onde constem os critérios e normas para a realização da telenfermagem.	7 Todos os cuidados em telenfermagem devem ser devidamente documentados no processo do utente, de acordo com o modelo de registo da instituição.
3 As instituições de saúde devem estabelecer parcerias com outras entidades, a fim de melhorar	8 Após a consulta de telenfermagem deve ser enviado o plano terapêutico para o utente ou

a equidade no acesso aos serviços prestados à distância e promover a literacia digital em saúde	pessoa por si designada, utilizando o meio previamente acordado.
4 O enfermeiro deve informar o utente, em contacto prévio, do objetivo e do modo de funcionamento da consulta à distância e obter o seu consentimento informado, de acordo com a legislação vigente.	9 Ao usar as TIC na saúde, o enfermeiro deve atender ao valor terapêutico da comunicação com o utente e recriar o ambiente propício para a sua concretização.
5 O enfermeiro e o utente, num processo de decisão partilhada, devem decidir quais as ferramentas mais adequadas, entre as existentes, a utilizar em telenfermagem.	10 O modelo de financiamento e de organização da telenfermagem deve ser continuamente avaliado com vista a permitir maior integração, segurança e efetividade dos cuidados de enfermagem nas instituições de saúde

Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2021).

A autora defende que a Enfermagem se afirme num meio no qual existem pessoas a procurar cuidados, que carecem de literacia em saúde digital, inclusão digital (acesso e acessibilidade) e utilização segura dos cuidados virtuais. As intervenções em saúde virtual são, cada vez mais, uma peça fundamental no desenvolvimento dos sistemas de saúde, permitindo a colheita de dados para a investigação, passíveis de potenciar os resultados em saúde, alicerçar relações e alcançar novas áreas em saúde para os indivíduos e populações, e onde os enfermeiros podem assumir um papel fundamental (Fronczek, 2019).

CONCLUSÕES

Nursing Theory in Virtual Care (Fronczek, 2019) reúne um conjunto de características como: conteúdo relevante, atual e original no âmbito da Enfermagem, a revista de publicação, o quartil ao qual pertence e o seu fator de impacto, e que tornam este documento útil e informativo sobre um conjunto de oportunidades de investigação no âmbito das teorias de Enfermagem em contexto virtual. É plausível, aos enfermeiros, implementarem estratégias de intervenção digital (telessaúde, telemedicina, e-saúde, videoconferências) e recorrerem a estes meios para recolher dados úteis à pesquisa, contribuindo para o conhecimento da disciplina e de como aplicar esse conhecimento à prática. Aos enfermeiros compete testar, de que forma, as teorias de Enfermagem já existentes e desenvolvidas podem ser aplicadas no contexto do cuidar virtual e qual a efetividade das suas competências neste ambiente. Esta investigação permitirá enriquecer o cuidado virtual com as teorias de Enfermagem e vice-versa.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Conard, S. (2019). Best practices in digital health literacy. *International journal of cardiology*, 292, 277-279. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2019.05.070>
- Crawford, A., & Serhal, E. (2020). Digital health equity and COVID-19: the innovation curve cannot reinforce the social gradient of health. *Journal of medical Internet research*, 22(6), e19361. <https://www.jmir.org/2020/6/e19361>
- Dunn, P. (2019). *Special issue on digital health literacy: Introduction*. *International Journal of Cardiology*. <https://doi.org/10.1016/j.ijcard.2019.08.055>

- El Benny, M., Kabakian-Khasholian, T., El-Jardali, F., & Bardus, M. (2021). Application of the eHealth Literacy Model in Digital Health Interventions: Scoping Review. *Journal of Medical Internet Research*, 23(6), e23473. <https://www.jmir.org/2021/6/e23473>
- Fawcett, J. (1984). The Metaparadigm of Nursing: Present Status and Future Refinements. *Image: The Journal of Nursing Scholarship*, 16(3), 84–87. <https://doi.org/10.1111/j.1547-5069.1984.tb01393.x>
- Fronczek, A. E. (2019). Nursing theory in virtual care. *Nursing science quarterly*, 32(1), 35-38. <https://doi.org/10.1177/0894318418807926>
- Joanna Briggs Institute. (2013). New JBI Levels of Evidence. http://joannabriggs-webdev.org/assets/docs/approach/JBI-Levels-of-evidence_2014.pdf
- Koivunen, M., & Saranto, K. (2018). Nursing professionals' experiences of the facilitators and barriers to the use of telehealth applications: a systematic review of qualitative studies. *Scandinavian journal of caring sciences*, 32(1), 24-44. <https://doi.org/10.1111/scs.12445>
- Magro, C., & Nunes, T. (2014). Etapas para a elaboração da revisão crítica. <https://ptdocz.com/doc/320889/recens%C3%A3o-cr%C3%ADtica>
- Norman, C. D., & Skinner, H. A. (2006). eHealth literacy: essential skills for consumer health in a networked world. *Journal of medical Internet research*, 8(2), e506. <https://www.jmir.org/2006/2/e9>
- Ordem dos Enfermeiros. (2021). Consultas de Enfermagem à distância TELENFERMAGEM Guia de Recomendações. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/21380/guia-telenfermagem_final.pdf
- Ordem dos Psicólogos Portugueses. (2021). Plano Estratégico Nacional para a Telessaúde 2019-2022. Lisboa. https://recursos.ordemdospsicologos.pt/files/artigos/plano_estrategico_nacional_para_a_tele_sa_de_2019_2022.pdf
- Ossebaard, H. C., & Van Gemert-Pijnen, L. (2016). eHealth and quality in health care: implementation time. *International journal for quality in health care*, 28(3), 415-419. <https://doi.org/10.1093/intqhc/mzw032>
- Registered Nurses' Association of Ontario. (2022). *Clinical Practice in a Digital Health Environment*. <https://rnao.ca/bpq/guidelines/clinical-practice-digital-health-environment>
- Rutledge, C. M., Kott, K., Schweickert, P. A., Poston, R., Fowler, C., & Haney, T. S. (2017). Telehealth and eHealth in nurse practitioner training: current perspectives. *Advances in medical education and practice*, 8, 399. <http://dx.doi.org/10.2147/AMEP.S116071>
- Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2019). Plano Estratégico Nacional para a Telessaúde 2019-2022. https://www.spms.minsaude.pt/wp-content/uploads/2019/11/PENTS_portugu%C3%AAs.pdf
- Thomas, N., McDonald, C., de Boer, K., Brand, R. M., Nedeljkovic, M., & Seabrook, L. (2021). Review of the current empirical literature on using videoconferencing to deliver individual psychotherapies to adults with mental health problems. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*. <https://doi.org/10.1111/papt.12332>

A Família Portuguesa e a Esquizofrenia: Uma revisão das diferentes Intervenções Psicoeducativas

Odete Nombora¹; Andreia Certo²; Luísa Santa Marinha³; Ângela Venâncio⁴

¹Médica Interna de Formação Específica em Psiquiatria no Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia e Espinho; odete.nombora@chvng.min-saude.pt

²Médica Interna de Formação Específica em Psiquiatria no Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia e Espinho; andreia.certo@chvng.min-saude.pt

³Médica Interna de Formação Específica em Psiquiatria no Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia e Espinho; luisa.marinha@chvng.min-saude.pt

⁴Médica Assistente Hospitalar Graduada de Psiquiatria no Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia e Espinho; angela.venancio@chvng.min-saude.pt

RESUMO

Introdução: A esquizofrenia é uma perturbação mental grave com elevado impacto na vida dos doentes e seus familiares, que muitas vezes acabam por assumir o papel de cuidadores informais. É, pois, fundamental promover programas de intervenção familiar (IF) e envolver os familiares no tratamento e reabilitação do doente. As autoras pretendem fazer uma revisão teórica comparativa das IF psicoeducativas na Esquizofrenia, com ênfase no contexto português, por forma a estimular a sua implementação. **Métodos:** Revisão não sistemática da literatura sobre o tópico no período de julho de 2001 a julho de 2021 utilizando as bases de dados Pubmed/MEDLINE e Google Scholar. Descritores usados: “*family interventions*”, “*schizophrenia*”, “*psychoeducation*”, “*group family interventions*”. **Resultados:** Podem ser distinguidos três grandes grupos de IF, intervenções em grupos de familiares, intervenções unifamiliares e intervenções multifamiliares. Há consenso em que os doentes participem diretamente nas IF e que a duração seja entre 6 a 12 meses para ser eficaz. A utilização das IF como complemento ao tratamento psicofarmacológico clássico, pode reduzir cerca de quatro vezes as taxas de recaída a um ano e até 40 % as taxas de recaída e readmissão hospitalar a dois anos, em comparação com o tratamento clássico isolado. **Conclusões:** As IF parecer ter um impacto positivo no tratamento dos doentes com esquizofrenia, melhorando a sua qualidade de vida e das suas famílias. Em Portugal verifica-se escassa implementação das IF, apesar da evidência crescente. Estudos sistematizados e randomizados são necessários para avaliar a real eficácia destas intervenções e traçar recomendações mais objetivas.

Palavras-chave: esquizofrenia; intervenções familiares; psicoeducação.

ABSTRACT

Introduction: Schizophrenia is a serious mental disorder with high impact on the lives of patients and their families, who end up assuming the role of informal caregivers. It is essential to promote family intervention programs (FI) and involve family members in the treatment and rehabilitation of the patient. The authors intend to make a comparative theoretical review of psychoeducational FI in Schizophrenia, with emphasis on the Portuguese context, in order to stimulate its implementation. **Methodology:** Non-systematic review of the literature on the topic from July 2001 to July 2021 in PubMed/MEDLINE database and Google Scholar. Search terms used: “*family interventions*”, “*schizophrenia*”, “*family psychoeducation*”, “*group family interventions*”. **Results:** Three major groups of FI can be distinguished, interventions in family groups, single-family interventions and multi-family interventions. It is consensual that patients should participate directly in FI and that its duration should be between 6 to 12 months to reach the level of efficacy. The use of FI as a complement to classical psychopharmacological treatment can reduce relapse rates at one year by about four times and by up to 40% the rates of relapse and hospital readmission at two years, compared to classical treatment alone. **Conclusions:** FI seem to have a positive impact on the treatment of patients with schizophrenia, improving their quality of life and that of their families. In Portugal, there is little implementation of FI, despite growing evidence. Systematized and randomized studies are needed to assess the real effectiveness of these interventions and to outline more objective recommendations.

Keywords: schizophrenia; family interventions; psychoeducation.

RESUMEN

Introducción: La esquizofrenia es un trastorno mental grave con alto impacto en la vida de los pacientes y sus familias, que acaban asumiendo el papel de cuidadores informales. Es fundamental promover programas de intervención familiar (IF) e involucrar las familias en el tratamiento y rehabilitación del paciente. Las autoras pretenden realizar una revisión teórica comparativa de las IF psicoeducativas en la Esquizofrenia, con énfasis en el contexto portugués, para estimular su implementación. **Metodología:** revisión no sistemática de la literatura sobre el tema desde julio de 2001 hasta julio de 2021 en la base de datos Pubmed/MEDLINE y Google Scholar. Descriptores: “*family interventions*”, “*schizophrenia*”, “*psychoeducation*”, “*group family interventions*”. **Resultados:** Se distinguen tres grandes grupos de IF, intervenciones en grupos familiares, unifamiliares y plurifamiliares. Existe consenso en que los pacientes participen directamente en la IF y que la duración sea de 6 a 12 meses para alcanzar el nivel de eficacia. El uso de IF como complemento al tratamiento psicofarmacológico clásico puede reducir las tasas de recaída al año unas cuatro veces y hasta un 40% en

las tasas de recaída y reingreso hospitalario a dos años, en comparación con el tratamiento clásico solo. **Conclusiones:** Los IF parecen tener un impacto positivo en el tratamiento de pacientes con Esquizofrenia, mejorando su calidad de vida y la de sus familias. En Portugal, hay poca implementación de IF, a pesar de la creciente evidencia. Se necesitan estudios sistematizados y aleatorizados para evaluar la efectividad real de estas intervenciones y esbozar recomendaciones más objetivas.

Palabras Clave: esquizofrenia; intervenciones familiares; psicoeducación.

INTRODUÇÃO

A esquizofrenia é uma doença mental grave que geralmente está associada a perda de competências, tendo impacto na vida dos doentes e dos seus familiares, que acabam muitas vezes por assumir o papel de cuidadores informais (Guedes, 2011; Guedes de Pinho & Pereira, 2015; Rodrigues, 2012). Trata-se de um diagnóstico que provoca vários constrangimentos para os familiares, implica mudanças na dinâmica familiar e exige adaptações constantes, muitas vezes causando sofrimento familiar, emoção expressa e interações inapropriadas com o doente (Caqueo-Urizar, Rus-Calafell, Urzúa, Escudero, & Gutiérrez-Maldonado, 2015; Guedes de Pinho & Pereira, 2015). Portanto, cuidar de uma pessoa com esquizofrenia pode ser desafiador, quer pela evolução natural da doença e sintomatologia associada, quer pelo estigma e conotação social negativa (Fernandes, Fernandes, Almeida, & Cunningham, 2021).

Em Portugal, estima-se que mais de 70% dos doentes mentais graves não conseguem estudar nem trabalhar e 9 em cada 10 doentes com esquizofrenia em idade ativa dependem das suas famílias (Gomes & Mello, 2012; Guedes, 2011; Guedes de Pinho & Pereira, 2015). Tal leva a uma sobrecarga familiar adicional, a qual pode ser entendida como objetiva ou subjetiva (Gomes & Mello, 2012; Guedes, 2011; Guedes de Pinho & Pereira, 2015). Do ponto de vista objetivo, ela advém dos problemas decorrentes da parte funcional, como as disrupções nas relações familiares, constrangimentos sociais e dificuldades financeiras (Guedes de Pinho & Pereira, 2015). Por outro lado, a sobrecarga subjetiva está relacionada com as reações psicológicas que os familiares experienciam (Gomes & Mello, 2012; Guedes, 2011; Guedes de Pinho & Pereira, 2015). Assim, torna-se essencial promover intervenções com as famílias, garantir informação e apoio, com vista a melhorar a qualidade de vida das mesmas e a aquisição de competências para o cuidado ao doente (Guedes de Pinho & Pereira, 2015).

Os programas de intervenção familiar (IF), tendo como base a psicoeducação, pretendem proporcionar um melhor conhecimento da doença e do seu tratamento, centrando-se na construção de resiliência familiar (McFarlane, 2016). Segundo Berry (2008) citando as recomendações da National Institute of Clinical Effectiveness (NICE - 2002), “intervenções familiares devem estar disponíveis para as famílias de pessoas com esquizofrenia que vivem com ou que estão em contato próximo com o usuário do

serviço; em particular, as intervenções familiares devem ser oferecidas às famílias de pessoas com esquizofrenia que recaíram recentemente ou em risco de recaída; as intervenções familiares devem ser oferecidas às famílias de pessoas com esquizofrenia que apresentam sintomas persistentes” (Berry & Haddock, 2008).

Através deste artigo, pretende-se fazer uma revisão teórica comparativa sobre diferentes IF psicoeducativas na Esquizofrenia, enfatizando o contexto português, por forma a estimular e contribuir para a sua implementação em Portugal.

METODOLOGIA

Foi conduzida uma revisão não sistemática da literatura sobre as intervenções familiares psicoeducativas na Esquizofrenia, com ênfase nos estudos sobre a realidade Portuguesa. A pesquisa foi realizada através da *PubMed* e *Google Scholar*, usando as palavras-chave: “*family interventions*”, “*schizophrenia*”, “*psychoeducation*”, “*group family interventions*”, tendo como universo temporal o período de julho de 2001 e julho de 2021. Foi necessário alargar o período de pesquisa, dada a escassez de estudos mais recentes sobre o tema no contexto português, principal foco deste artigo. Foram identificadas 252 publicações, tendo sido selecionadas 20, priorizando artigos que abordam o tema de pesquisa e estudos sobre o mesmo que tenham como base a população portuguesa ou investigadores portugueses, assim como artigos internacionais mais relevantes sob o ponto de vista didático, de modo a complementar a revisão.

RESULTADOS

O interesse pela intervenção com as famílias de doentes psicóticos teve início na década de 70, emergindo de trabalhos realizados por George Brown, os quais comprovaram o impacto positivo destas abordagens na diminuição da taxa de recaídas em doentes com Esquizofrenia (Guedes de Pinho & Pereira, 2015; Reis, 2004). A intervenção familiar (IF) psicoeducativa foi estabelecida como um dos tratamentos psicossociais mais eficazes desenvolvidos, inclui elementos terapêuticos e de reabilitação cognitivos, comportamentais e de apoio, utiliza uma estrutura consultiva e compartilha algumas características com a terapia familiar (McFarlane, 2016), além de ser uma recomendação oficial da NICE (Berry & Haddock, 2008).

Segundo o consenso patrocinado pela World Schizophrenia Fellowship em 1998, as IF psicoeducativas contemplam dois objetivos principais: (1) garantir melhores resultados clínicos e funcionais para o doente através de abordagens que integram a colaboração entre profissionais de saúde, famílias e doentes; (2) garantir o alívio do sofrimento da família, apoiando-a nos seus esforços para potenciar a reabilitação da pessoa ao seu cuidado (Gonçalves-Pereira, Xavier, Neves, Barahona Correa, & Fadden, 2006; Guedes de Pinho & Pereira, 2015; McFarlane, 2016). McFarlane (2016) aponta que, ao contrário da maioria das terapias familiares, nas IF psicoeducativas a família não é o objeto da

terapia, mas sim um “implementador-chave, um colega indispensável com diferentes conhecimentos e habilidades potenciais” (McFarlane, 2016).

As primeiras intervenções tinham como foco principal a diminuição da taxa de emoção expressa nas famílias através de abordagens educativas sobre a doença e estratégias de gestão da mesma (Guedes de Pinho & Pereira, 2015; Reis, 2004). Posteriormente foram sendo desenvolvidas intervenções psicoeducativas com modalidades distintas, mas com o objetivo comum de ajudar as famílias e os pacientes na gestão da doença e desafios que ela acarreta (Guedes de Pinho & Pereira, 2015). Foi então proposto que as IF podem variar no formato (multifamiliar, unifamiliar, só para familiares ou modelos mistos), na estrutura (incluindo ou não o doente), na duração e intensidade do tratamento (variação quanto ao número de sessões), e ainda no contexto (hospitalar ou domiciliário) (McFarlane, 2016).

De forma a adaptar as IF na Esquizofrenia, foi proposta a diferenciação entre intervenções em grupo para familiares (IGF- Intervenção com grupo de familiares), intervenções com uma única família incluindo o doente (IUF- Intervenção Unifamiliar) e intervenções em grupo multifamiliares com sessões em que os doentes também participam (IGMF – Intervenções em grupos multifamiliares) (Gonçalves-Pereira et al., 2006). As IGF envolvem os familiares e não o doente, focando-se no componente pedagógico, suporte emocional ou misto (Gonçalves-Pereira et al., 2006). Apesar de não parecer alterar o curso da doença, este tipo de IF reconhece as carências e dificuldades dos familiares dos doentes, mesmo quando estes não aderem ao tratamento (Gonçalves-Pereira et al., 2006). Por outro lado, as IF que integram o doente, caso da IUF e da IGMF, são efetivas para alterar o curso da doença (Gonçalves-Pereira et al., 2006), sendo as abordagens preferenciais, com superioridade comprovada (McFarlane, 2016). Estas possuem foco pedagógico, com objetivo de fornecer informação, técnicas de comunicação e resolução de problemas, abordando as necessidades e dificuldades de todos os membros da(s) família(s) (Gonçalves-Pereira et al., 2006). As IGMF em particular, também estão associadas a uma maior adesão da terapêutica farmacológica por parte dos doentes (McFarlane, 2016).

Existem também outros modelos que integram as IF citadas previamente, nomeadamente: (a) o modelo de Leff e Vaughn, que inclui uma abordagem integrada, com sessões educativas com os familiares (IGF) e sessões no domicílio com toda a família (IUF), incidindo sobre a gestão da emoção expressa; (b) o modelo de Fallon, também designado Terapia Familiar Comportamental, uma IUF comportamental centrada na gestão familiar do stress, validado originalmente apenas para doentes psicóticos (Gonçalves-Pereira, Xavier, & Fadden, 2007); (c) e o modelo de McFarlane, uma forma de IGMF que trabalha sempre com inclusão dos respetivos doentes, aborda diretamente questões relativas ao isolamento social, estigmatização e sobrecarga

financeira e psicológica, através de grupo de famílias para ajuda mútua (Gonçalves-Pereira et al., 2006; McFarlane, 2016).

Quanto a duração das intervenções, está descrito que todas as abordagens requerem pelo menos 6 a 12 meses para serem eficazes na redução de recaídas (Berry & Haddock, 2008; Gonçalves-Pereira et al., 2007; McFarlane, 2016). Estudos revelam que as IF podem reduzir cerca de quatro vezes as taxas de recaída a um ano (Gonçalves-Pereira et al., 2006) e até 40 % as taxas de recaída e readmissão hospitalar a dois anos (McFarlane, 2016).

As Intervenções Familiares Psicoeducativas na Realidade Portuguesa

De acordo com a pesquisa realizada, os estudos sobre IF em Portugal são escassos e na sua maioria correspondem a dissertações de mestrado ou doutoramento. Tendo como período de pesquisa os últimos 20 anos, foram encontrados 14 estudos sobre a temática, que tenham sido realizados em Portugal ou por autores portugueses.

Efetivamente, por forma a desenhar programas psicoeducativos, adaptados às expectativas dos cuidadores, com otimização das taxas de adesão e eficácia, alguns autores portugueses têm vindo a avaliar as necessidades educacionais dos familiares.

Filipe Reis (2004) publicou uma revisão em que sintetizou os estudos realizados por ele próprio, sobre emoção expressa dos familiares de doentes crónicos, com especial ênfase na representação mental do doente e doença pelos familiares e avaliou variáveis cognitivas como parte do instrumento teórico da IF psicoeducativa (Reis, 2004).

Gonçalves-Pereira e seus colegas publicaram em 2006 aquela que veio a ser a principal revisão sobre as diferentes intervenções familiares em doentes com Esquizofrenia realizada por autores portugueses. De forma sucinta e didática, os autores fizeram uma contextualização do défice de IF psicoeducativas em Portugal adaptadas às famílias de pessoas com perturbações psicóticas, com o objetivo de contribuir para a disseminação do conhecimento sobre a validade destas intervenções e estimular a sua implementação (Gonçalves-Pereira et al., 2006).

Guedes (2011) avaliou a eficácia de um programa de intervenção psicoeducativa em formato IGF. Este estudo compreendeu 44 famílias portuguesas de doentes com esquizofrenia (22 no grupo controlo e 22 no grupo experimental). Após a implementação do programa e da tomada de consciência da doença e das suas implicações na realidade, o grupo experimental obteve piores resultados. Segundo o autor, a explicação para estes resultados prende-se na consciencialização que o programa deu aos familiares envolvidos capacitando-os de informação sobre a doença crónica, grave e incapacitante bem como competências para lidar com alguns aspetos do comportamento do doente (Guedes, 2011).

Santos (2011) desenvolveu um estudo em que, através da validação da versão portuguesa do Educational Needs Questionnaire (ENQ), um instrumento desenhado para averiguar as necessidades educacionais dos utilizadores dos serviços de saúde mental, nomeou as dez necessidades educacionais que obtiveram as maiores médias: “obter o que necessita dos serviços de saúde mental, melhorar competências para uma vida independente, investigação recente sobre a doença mental, melhorar a comunicação com os familiares, lidar com o estigma, o que acontece quando os pais morrem, estratégias para a resolução de problemas, lidar com a depressão e os pensamentos de suicídio e modos de lidar eficazmente com o *stress*” (Santos, 2011). Também Rodrigues (2012) apontou cinco áreas que permitiram identificar as necessidades educativas dos cuidadores: “conhecimentos do cuidador informal acerca da doença mental; dificuldades sentidas; estratégias de coping; contributo dos profissionais de saúde percebidos pelo cuidador informal na sua preparação para o cuidar; necessidades de informação/formação identificadas pelo cuidador informal.” Este estudo permitiu compreender que os cuidadores sabem identificar de forma clara as suas necessidades educacionais e que estas podem ser colmatadas pelos profissionais de saúde, os mais capacitados para esta intervenção (Rodrigues, 2012). Pereira (2015) também realizou um estudo com 8 familiares de pessoas com Esquizofrenia, baseado em IGF, para avaliar as necessidades psicoeducacionais dos familiares, com resultados semelhantes ao estudo de Rodrigues (2012) (V. M. P. Pereira, 2015).

Em 2013, também com uma amostra de 8 cuidadores, Capela (2013) desenvolveu um estudo aplicando o modelo de Fallon. O programa compreendeu 5 sessões de psicoeducação com foco na abordagem das necessidades dos cuidadores/familiares, lei de saúde mental, fatores de risco e sintomas da esquizofrenia, rede de suporte social e ainda prevenção de recaídas. A autora do estudo conclui que, pela avaliação realizada por parte dos cuidadores, o programa foi de encontro às necessidades o que remete para melhores cuidados prestados aos familiares doentes (Capela, 2013).

Um outro estudo procurou avaliar o impacto de um programa em formato IGF ao nível da resolução de problemas de familiares de pessoas com perturbação mental grave. Este programa reuniu 3 familiares em 9 sessões semanais. Segundo os autores, esta intervenção psicoeducativa permitiu aos familiares identificar as suas necessidades e problemas, desenvolver estratégias para lidar com os mesmos, expressar sentimentos, estabelecer uma rede de ajuda com os cuidados de saúde, diminuir a sobrecarga e promover o bem-estar (M. Pereira & Gomes, 2012).

Em relação à intervenção psicoeducativa em formato IGMF do modelo de McFarlane, surge um estudo-piloto da sua aplicabilidade em Portugal, que reuniu 14 pessoas com esquizofrenia (8 no grupo controlo e 6 no grupo experimental) e 21 familiares (9 no grupo

controlo e 12 no grupo experimental), realizado por Brito (2011). Neste estudo a IF teve a duração de três anos e incluiu 38 sessões, sendo que ao longo do programa foram sendo recolhidas as opiniões dos participantes para posterior análise. Apesar da reduzida dimensão da amostra, as conclusões do estudo apontam que este método satisfaz as necessidades das pessoas com esquizofrenia e respetivos familiares, uma vez que permite uma melhor compreensão da doença, partilha de sentimentos, contacto com outras pessoas que vivem realidades semelhantes, melhoria da adesão à terapêutica e também otimização das relações interpessoais (Brito, 2012).

Macedo (2010) também realizou um estudo quasi-experimental, com o objetivo de avaliar a eficácia de um programa de IGMF. Contou com uma amostra de 7 pessoas com Esquizofrenia e suas famílias. Após 9 meses de implementação do programa não houve nenhuma recaída. As dificuldades de implementação estavam relacionadas com aspetos práticos e funcionais envolvendo a motivação e disponibilidade dos familiares, o ceticismo em relação à intervenção e o horário das reuniões. Macedo identificou também aspetos que facilitam a implementação como a existência de recursos físicos e logísticos, o momento de convívio entre as famílias e a promoção do ambiente de grupo (Macedo, 2012).

Em relação às intervenções psicoeducativas em formato misto, Marques (2014) através de um programa de IGMF e também entrevistas de suporte unifamiliar, procurou analisar o seu benefício na redução da sobrecarga de cuidadores de pessoas com esquizofrenia. A IGMF compreendeu 3 sessões com diferentes temáticas: psicoeducação face à doença, psicoeducação na adesão à terapêutica na perspetiva do utente e psicoeducação da família na perspetiva do cuidador. Associadamente, realizaram-se uma média de 4 entrevistas de suporte unifamiliar para cada paciente. A amostra compreendeu 14 participantes (7 no grupo controlo, 7 no grupo experimental). Apesar dos dados obtidos não serem estatisticamente significativos, em consequência do tamanho reduzido da amostra, verificou-se que o grupo experimental teve uma diminuição da sobrecarga superior ao grupo de controlo (Marques, 2014).

Em 2015, Pinho e Pereira fizeram um estudo experimental de abordagem quantitativa, com o objetivo de avaliar a eficácia de um programa psicoeducativo para familiares de pessoas com esquizofrenia em contexto Hospitalar. O estudo envolveu 20 familiares e o programa de intervenção utilizado foi multifamiliar de orientação cognitivo-comportamental. O objetivo principal foi avaliar a eficácia da aplicação de um programa psicoeducacional em familiares de doentes com esquizofrenia, com enfoque na sobrecarga familiar e na emoção expressa, bem como no número de reinternamentos. Os resultados revelaram diminuição da emoção expressa e de recaídas e reinternamentos um ano após o final do programa (Guedes de Pinho & Pereira, 2015).

Recentemente, Fernandes e seus colegas (2021) realizaram um estudo com 31 cuidadores portugueses que identificou cinco principais barreiras para a resiliência familiar em cuidadores de pessoas com Esquizofrenia: a falta de conhecimento sobre a doença, o estigma social, a emoção expressa, o envolvimento no relacionamento e a culpa. Este estudo permite que os profissionais de saúde possam focar nesses fatores e ajudar as famílias a minimizar o seu impacto (Fernandes et al., 2021).

Num estudo que se dedicou a avaliar a literacia em saúde mental, onde participaram 4938 adolescentes e jovens adultos portugueses, a Esquizofrenia foi reconhecida em cerca de 42% e 22%, respetivamente, havendo neste sentido um trabalho promissor a ser realizado (Loureiro et al., 2015).

DISCUSSÃO

É consensual que o tratamento da Esquizofrenia deve considerar uma abordagem holística, envolvendo tratamentos biológicos e estratégias psicossociais focadas no doente e na família (Gonçalves-Pereira et al., 2006; Guedes de Pinho & Pereira, 2015; McFarlane, 2016; Pharoah, Mari, Rathbone, & Wong, 2010). A psicoeducação em contexto familiar tem como base ajudar os doentes e familiares a compreender a doença mental, aprender novas formas de gestão da mesma, assim como dos problemas do quotidiano e, ainda, reduzir o *stress* familiar e providenciar suporte social e encorajamento, com foco no futuro (Gonçalves-Pereira et al., 2006). Esta abordagem permite melhores resultados clínicos e funcionais para o doente, através de estratégias que incluem a participação dos profissionais de saúde, famílias e dos doentes, permite aliviar o sofrimento dos membros da família, apoiando-os nos seus esforços para potenciar a reabilitação do doente (McFarlane, 2016).

Como observado na literatura e tendo em conta os resultados dos estudos encontrados, as intervenções familiares (IF) constituem abordagens importantes para o tratamento e reabilitação das pessoas com esquizofrenia, uma vez que o ambiente em que o doente vive e o tipo de estimulação que recebe influenciam a sua recuperação e a evolução da doença, contribuindo para maior adesão terapêutica, redução de recaídas e de hospitalizações, ao mesmo tempo que ajudam a preservar a saúde física e mental da família no seu todo (Gonçalves-Pereira et al., 2007; Guedes de Pinho & Pereira, 2015; McFarlane, 2016; Pharoah et al., 2010).

Apesar das diferenças, todos os modelos de intervenção familiar têm como objetivo melhorar a gestão da doença através da redução dos níveis de *stress* no seio familiar, ensinando as famílias a lidar de forma eficiente com os problemas do comportamento, o que melhora a adesão ao tratamento, ao mesmo tempo que promove competências para a resolução de problemas (Berry & Haddock, 2008; McFarlane, 2016; Pharoah et al., 2010).

De referir que, antes de iniciar uma IF, é necessário identificar as necessidades e as preocupações dos cuidadores para formular os programas psicoeducativos adaptados aos participantes envolvidos e garantir melhores resultados (Rodrigues, 2012).

Dois dos modelos que demonstraram eficácia já têm sido estudados em Portugal, com resultados animadores, caso do Modelo de Fallon, introduzido no contexto português por Manuel Gonçalves Pereira e colaboradores e os grupos psicoeducativos multifamiliares baseados no modelo de McFarlane impulsionados por Maria Luísa da Silva Brito. Estas abordagens colocam a família como aliadas no processo terapêutico, em estreita colaboração com os profissionais de saúde (Berry & Haddock, 2008; Gonçalves-Pereira et al., 2007; McFarlane, 2016). Portanto, constituem estratégias a considerar e que podem ser usadas nos diversos serviços de saúde mental portugueses. Contudo, apesar da evidência crescente, Portugal continua pouco interventivo, existe ainda uma lacuna importante na implementação de IF, refletindo a escassez de investigação nesta área, objetivável no reduzido número de publicações sobre o assunto, mesmo tendo um universo temporal de 20 anos. Além disso, a falta de recursos humanos e até materiais pode ser uma das limitações, pelo que é necessário fazer estudos no sentido de identificar os desafios que impedem a implementação mais alargada destas intervenções.

Esta revisão também permitiu perceber que a reduzida literacia em saúde mental, mais concretamente sobre Esquizofrenia, tem implicação no reconhecimento dos sintomas, na procura de cuidados médicos, na adesão terapêutica, no curso da doença, nas estratégias de ajuda e apoio e também na manutenção do estigma social (Loureiro et al., 2015). Pelo que consideramos pertinente investir também nesta área para garantir uma melhor adesão aos programas psicoeducativos mais interventivos.

Infelizmente a maior parte dos estudos portugueses na área das IF são antigos e na sua maioria são dissertações de mestrado, com amostras relativamente pequenas, o que mais uma vez espelha a escassez de interesse e investigação numa área de grande importância. Além disso, a falta de robustez científica na maioria das publicações, tanto nacionais como internacionais, pode constituir um viés que superestima a eficácia destas intervenções (Pharoah et al., 2010).

CONCLUSÃO

Diversos estudos demonstraram que as IF têm um impacto positivo no tratamento das pessoas com Esquizofrenia, em particular as que envolvem os familiares e os doentes, melhorando a sua qualidade de vida e o ambiente familiar.

Tendo em conta a realidade portuguesa, verifica-se que se começa a considerar os familiares cuidadores do doente mental como essenciais para o tratamento destes, mas ainda existem lacunas importantes no diz respeito a sua implementação. Somos da opinião de que as instituições de saúde mental poderiam ter um papel importante e mais

ativo no desenvolvimento de equipas especializadas nestas intervenções, assim como trabalhar mais com as famílias e doentes na comunidade, envolvendo parceiros comunitários e sociais. Esta colaboração entre profissionais de saúde, familiares, utentes e comunidade permitiria uma maior conjugação de esforços para ajudar as pessoas com doença mental a melhorar o seu futuro. São necessários, no entanto, mais estudos para que os programas sejam implementados com resultados favoráveis são necessários mais estudos, de preferência sistematizados e randomizados, com os vários tipos de IF nas diferentes populações, para um melhor entendimento, aplicabilidade e avaliação da eficácia dos mesmos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Berry, K., & Haddock, G. (2008). The implementation of the NICE guidelines for schizophrenia: barriers to the implementation of psychological interventions and recommendations for the future. *Psychol Psychother*, 81(Pt 4), 419-436. doi:10.1348/147608308x329540
- Brito, M. L. S. (2012). *Grupos psicoeducativos multifamiliares : uma forma de aprender a viver com a esquizofrenia*. (Tese de doutoramento, Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal), Disponível em: <http://hdl.handle.net/10451/5702>.
- Capela, G. M. O. L. (2013). *Desenvolvimento de Competências nos familiares/cuidadores de pessoas com esquizofrenia*. (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, Portugal), Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/6268>.
- Caqueo-Urizar, A., Rus-Calafell, M., Urzúa, A., Escudero, J., & Gutiérrez-Maldonado, J. (2015). The role of family therapy in the management of schizophrenia: challenges and solutions. *Neuropsychiatr Dis Treat*, 11, 145-151. doi:10.2147/ndt.s51331
- Fernandes, J. B., Fernandes, S. B., Almeida, A. S., & Cunningham, R. C. (2021). Barriers to Family Resilience in Caregivers of People Who Have Schizophrenia. *J Nurs Scholarsh*, 53(4), 393-399. doi:10.1111/jnu.12651
- Gomes, M. S., & Mello, R. (2012). Sobrecarga gerada pelo convívio com o portador de esquizofrenia: enfermagem construindo o cuidado à família. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 8, 2-8.
- Gonçalves-Pereira, M., Xavier, M., & Fadden, G. (2007). O Modelo de Falloon para intervenção familiar na esquizofrenia: Fundamentação e aspectos técnicos. *Análise Psicológica*, 25(2), 241-255. doi:<https://doi.org/10.14417/ap.443>
- Gonçalves-Pereira, M., Xavier, M., Neves, A., Barahona Correa, B., & Fadden, G. (2006). [Family interventions in schizophrenia. From theory to the real world in Portugal today]. *Acta médica portuguesa*, 19, 1-8.
- Guedes, A. S. M. (2011). *Avaliação do impacto da perturbação mental na família, e implementação de um programa psicoeducacional*. (Dissertação de Mestrado, Universidade do Porto, Porto, Portugal), Disponível em: <https://hdl.handle.net/10216/23753>.
- Guedes de Pinho, L., & Pereira, A. (2015). Intervenção familiar na esquizofrenia: Redução da sobrecarga e emoção expressa. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 14, 15-23. doi:10.19131/rpesm.0101

- Loureiro, L. M., Jorm, A. F., Oliveira, R. A., Mendes, A. M., dos Santos, J. C., Rodrigues, M. A., & Sousa, C. S. (2015). Mental health literacy about schizophrenia: a survey of Portuguese youth. *Early Interv Psychiatry*, 9(3), 234-241. doi:10.1111/eip.12123
- Macedo, J. O. M. (2012). *Grupos psicoeducativos multifamiliares efeitos nas pessoas com esquizofrenia e suas famílias*. (Dissertação de Mestrado, Universidade Católica Portuguesa, Porto, Portugal), Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.14/27964>.
- Marques, C. (2014). *Uma intervenção psicoeducativa na gestão da sobrecarga do cuidador Informal de pessoa com esquizofrenia*. (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Setúbal, Setúbal, Portugal), Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.26/6269>.
- McFarlane, W. R. (2016). Family Interventions for Schizophrenia and the Psychoses: A Review. *Fam Process*, 55(3), 460-482. doi:10.1111/famp.12235
- Pereira, M., & Gomes, J. C. (2012). Terapia de grupo para familiares de pessoas com perturbação mental grave: Estudo de caso múltiplo. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 8, 38-44.
- Pereira, V. M. P. (2015). *Programa de psicoeducação para familiares de doentes com esquizofrenia*. (Dissertação de Mestrado, Universidade dos Açores, Açores, Portugal), Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.3/3581>.
- Pharoah, F., Mari, J., Rathbone, J., & Wong, W. (2010). Family intervention for schizophrenia. *Cochrane Database Syst Rev*(12), Cd000088. doi:10.1002/14651858.CD000088.pub2
- Reis, F. (2004). Intervenção Psicoeducativa nas Famílias de Esquizofrénicos. *Psilogos*, 1(1), 19-41. doi:<https://doi.org/10.25752/psi.6084>
- Rodrigues, M. I. P. (2012). *Necessidades educativas do cuidador informal da pessoa com esquizofrenia*. (Dissertação de Mestrado, Instituto Politécnico de Viseu, Viseu, Portugal), Disponível em: <http://hdl.handle.net/10400.19/1490>.
- Santos, I. A. P. A. (2011). *Avaliação das necessidades educacionais dos cuidadores de pessoas com esquizofrenia: contribuição para a validação de um questionário*. (Dissertação de Mestrado, NOVA Medical School, Lisboa, Portugal), Disponível em: <http://hdl.handle.net/10362/6618>.

Transculturalidade na Psiquiatria

Ana Costa*, **Sabrina Jesus****, **Liliana Peneda*****, **Ana Filipa Marques******, **Sandra Ferreira*******, **Mónica Almeida*******

*Mestrado; Médica; Interna de Formação Específica de Psiquiatria, Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Av. Artur Ravara, 3810-164, Aveiro, Portugal. E-mail:

rodrigues.anacosta@gmail.com **Mestrado; Médica; Interna de Formação Específica de Psiquiatria, Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Av. Artur Ravara, 3810-164, Aveiro, Portugal. Email: sabrina.von.jesus@gmail.com

***Mestrado; Enfermeira; Enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria, Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Av. Artur Ravara, 3810-164, Aveiro, Portugal. E-mail: Liliana_peneda@hotmail.com

****Mestrado; Enfermeira; Enfermeira especialista em saúde mental e psiquiatria, Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Av. Artur Ravara, 3810-164, Aveiro, Portugal. E-mail: filipa_marques5@hotmail.com

*****Licenciatura; Enfermeira; Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Av. Artur Ravara, 3810-164, Aveiro, Portugal. E-mail: sandravz@gmail.com

*****Mestrado; Médica; Médica psiquiatra, Centro Hospitalar do Baixo Vouga, Av. Artur Ravara, 3810-164, Aveiro, Portugal. E-mail: mokialmeida@gmail.com

RESUMO

CONTEXTO: A globalização é um dos temas mais abordados no mundo contemporâneo, tendo como objetivo o desaparecimento de barreiras com o estabelecimento de um mundo sujeito a processos também globais. A natureza multidimensional da globalização tem implicações na saúde mental, as variáveis culturais, como diversidade de crenças e tradições, idioma e hábitos também têm um impacto mais interno na saúde mental das comunidades. **OBJETIVO(S):** Avaliar a evolução da interferência cultural na prática clínica psiquiátrica. **MÉTODOS:** Pesquisa bibliográfica na base de dados informática, do National Center for Biotechnology Information (NCBI), na seção Pubmed com os termos: “culture diversity”, “cultural diversity”, “ethnocultura variations”, “globalization” and “global mental health”. **RESULTADOS:** A psiquiatria é, por definição, a mais humanística das especialidades médicas e a mais sensível às influências culturais. No final do século XIX, o termo “psiquiatria exótica” já tinha sido utilizado por médicos coloniais na descrição de distúrbios mentais encontrados em asiáticos e africanos, anos mais tarde, Kraepelin, no início do século XX introduziu a expressão “psiquiatria cultural”. Atualmente no DSM-5, a expressão “síndrome ligada à cultura” foi substituído por 3 novos conceitos que oferecem maior utilidade clínica. **CONCLUSÕES:** A consciência da importância da cultura é essencial para a correção de interpretações erróneas da psicopatologia. Os limites entre normalidade e patologia variam conforme a cultura, contexto social e

família, os limiares de tolerância para sintomas ou comportamentos específicos também são diferentes, portanto, o nível em que uma experiência se torna problemática ou patológica será diferente.

Palavras-Chave: Cultura; Psiquiatria; Globalização;

ABSTRACT

BACKGROUND: Globalization is one of the most discussed topics in the contemporary world, to eliminate barriers with the establishment of a world subject to global processes. The multidimensional nature of globalization has implications for mental health, cultural variables such as diversity of beliefs and traditions, language, and habits also have a more internal impact on the mental health of communities. **AIM:** To assess the evolution of cultural interference in psychiatric clinical practice. **METHODS:** Bibliographic search in the computer database of the National Center for Biotechnology Information (NCBI), in the Pubmed section with the terms: “cultural diversity”, “cultural diversity”, “ethnocultural variations”, “globalization” and “global mental health”. **RESULTS:** Psychiatry is, by definition, the most humanistic of medical specialties and the most sensitive to cultural influences. At the end of the 19th century, the term “exotic psychiatry” had already been used by colonial doctors in the description of mental disorders found in Asians and Africans, years later, Kraepelin, at the beginning of the 20th century, introduced the expression “cultural psychiatry”. Currently in the DSM-5, the term “culture-linked syndrome” has been replaced by 3 new concepts that offer greater clinical utility. **CONCLUSIONS:** Awareness of the importance of culture is essential for correcting misinterpretations of psychopathology. The boundaries between normality and pathology vary by culture, social context, and family, tolerance thresholds for specific symptoms or behaviors are also different, so the level at which an experience becomes problematic or pathological will be different.

Keywords: Culture; Psychiatry; Globalization;

RESUMEN

CONTEXTO: La globalización es uno de los temas más discutidos en el mundo contemporáneo, con el objetivo de eliminar barreras con el establecimiento de un mundo sujeto a procesos globales. La naturaleza multidimensional de la globalización tiene implicaciones para la salud mental, las variables culturales como la diversidad de creencias y tradiciones, el idioma y los hábitos también tienen un impacto más interno en la salud mental de las comunidades. **OBJETIVO(S):** Evaluar la evolución de la interferencia cultural en la práctica clínica psiquiátrica. **MÉTODOS:** Búsqueda bibliográfica en la base de datos informática del National Center for Biotechnology Information (NCBI), en la sección Pubmed con los términos: “culture diversity”, “cultural diversity”, “ethnocultura changes”, “globalization” y “global mental health”. **RESULTADOS:** La psiquiatría es, por definición, la más humanista de las

especialidades médicas y la más sensible a las influencias culturales. A finales del siglo XIX, el término “psiquiatría exótica” ya había sido utilizado por los médicos coloniales en la descripción de los trastornos mentales encontrados en asiáticos y africanos, años más tarde, Kraepelin, a principios del siglo XX, introdujo la expresión “psiquiatría cultural”. Actualmente en el DSM-5 se ha sustituido el término “síndrome ligado a la cultura” por 3 nuevos conceptos que ofrecen una mayor utilidad clínica. **CONCLUSIONES:** La conciencia de la importancia de la cultura es esencial para corregir las malas interpretaciones de la psicopatología. Los límites entre la normalidad y la patología varían según la cultura, el contexto social y la familia, los umbrales de tolerancia para síntomas o comportamientos específicos también son diferentes, por lo que el nivel en el que una experiencia se vuelve problemática o patológica será diferente.

Palabras Clave: Cultura; Psiquiatría; globalización;

INTRODUÇÃO

A globalização é, sem dúvida, um dos temas mais abordados no mundo contemporâneo, mais propriamente nas últimas 2 ou 3 décadas, impulsionado por uma variedade de fatores sociodemográficos, geopolíticos, econômicos e tecnocientíficos, tendo como objetivo o desaparecimento de fronteiras ou barreiras com o estabelecimento real de um mundo sujeito a processos também globais (Bemme & Kirmayer, 2020; Tribe & Melliush, 2014; Wittkower & Monteral, 1965).

A natureza multidimensional da globalização tem implicações na saúde mental na mais alta ordem, além disso, as variáveis culturais, como a diversidade de crenças e tradições, idioma e hábitos, e a forma como as diferentes sociedades lidam com eles, também têm um impacto mais interno na saúde mental das comunidades (Bäärnhielm & Scarpinati Rosso, 2009; Bemme & Kirmayer, 2020; Wittkower & Monteral, 1965).

Somos todos seres biológicos, sociais e espirituais, essencialmente iguais, mas ao longo dos séculos de existência, como seres humanos, grupos de pessoas como comunidades, nações e famílias foram desenvolvidas formas de negociar e de interação com os pares. Inevitavelmente foram desenvolvidas relações com o ambiente onde estão inseridos e realizadas alterações neste para atender às necessidades e lidar com problemas. Estas formas tradicionais de comportamento, crenças, visões do mundo, tornaram-se o que chamamos de “cultura” (Fernando, 2014; Gopalkrishnan, 2018).

Como o campo da pesquisa psiquiátrica contemporânea parece ser dominado pelo avanço das neurociências, um desenvolvimento paralelo intrigante é o crescente reconhecimento da relevância da cultura e dos fatores culturais (Alarcón, 2013).

A díade cultura-psiquiatria guarda correlatos essenciais de suas duas entidades: a cultura como repositório de expressões de identidade individuais e coletivas e a psiquiatria/saúde mental como esforço clínico para proteger e cuidar um sentimento

individual e coletivo de bem-estar e estabilidade (Alarcón, 2013; Sousa & Santinho, 2019; Wittkower & Monteral, 1965).

MÉTODOS

Foi realizada uma revisão não sistemática da literatura através de pesquisa na base de dados *PubMed/Medline*. Os termos MeSH inseridos incluíram “*cultural diversity*”, “*cultural Adaptation*” e “*mental illness*”. Estas palavras-chave foram procuradas no título e no resumo dos artigos.

DISCUSSÃO

A psiquiatria é, por definição, a mais humanística das especialidades médicas e a mais sensível às influências culturais. A prática clínica desta especialidade médica implica um equilíbrio prudente entre o conhecimento universal e as realidades locais, mesmo que em algumas partes do mundo se possa refugiar no tecnicismo do que é cientificamente universal, o seu propósito final é entender o sofrimento humano, ajudar os enfermos e acompanhar os incuráveis (Tribe & Melluish, 2014; Wittkower & Monteral, 1965).

A natureza daquilo a que chamamos de científico não passa de uma aspiração à universalidade, no entanto, a história da medicina e das suas ciências básicas sempre nos ensinou que essa aspiração nem sempre pode ser alcançada, uma vez que os seres humanos, embora fisiologicamente semelhantes, habitam diferentes cenários socioculturais, sendo essencial adicionar à “medicina baseada na evidência” a medicina baseada nos valores (Alverson et al., 2007).

Percebeu-se através do estudo evolutivo da psiquiatria a estreita relação deste campo da medicina com a cultura e o pensamento de cada época, não sendo por isso possível negligenciar a influência dos aspetos socioculturais nas chamadas doenças da mente, e de facto, sabe-se que há uma variação em termos de incidência, sintomas, história natural e prognóstico da doença em diferentes culturas.

No passado, na literatura inglesa as culturas foram consideradas como relativamente fixas e essencialmente territoriais, localizadas muitas vezes em uma parte do mundo, formando a cultura de uma sociedade ou grupo de pessoas. A noção de cultura remonta ao romantismo do século XIX e foi elaborada na antropologia do século XX que falava de “padrões compartilhados de crença, sentimento e adaptação”.

A ideia de cultura como “um modo de vida único” foi primariamente usada durante o colonialismo com objetivo de separar o “Ocidente Colonizador” da população vista como “incivilizada” que estava a ser colonizada. Após a descolonização, e mais ainda no terreno pós-moderno do final do século XX entrando no século XXI, a noção de cultura é vista como algo que é maleável e mutável, depende não apenas das tradições que as pessoas herdaram, mas também de influências políticas num contexto de relações de poder em vários níveis e em vários momentos (Antić, 2021; Fernando, 2014).

Quer se refira à cultura de um indivíduo ou de um grupo de pessoas, a cultura agora é vista como algo dinâmico e longe de ser estático, como um sistema flexível de valores e visões do mundo pelo qual as pessoas vivem e através do qual definem identidades e negociam suas vidas (Bäärnhielm & Scarpinati Rosso, 2009; Fernando, 2014).

O conceito de “loucura” é evidente em todas as culturas humanas e pode ser tão antigo quanto a própria humanidade. Toda tradição cultural inclui um conceito de doença e muitas vezes de saúde como estado livre de doença, mas o que significa doença e o que significa saúde variam entre as culturas (Fernando, 2014; Kortmann, 2010).

No final do século XIX, o termo “psiquiatria exótica” já tinha sido utilizado por médicos coloniais na descrição de distúrbios mentais encontrados em asiáticos e africanos, anos mais tarde, Kraepelin, no início do século XX foi o primeiro autor a introduzir a expressão “psiquiatria cultural” levando às entidades chamadas de “síndrome ligado à cultura”, rótulo cunhado pela primeira vez em 1950 por Yap. O “Síndrome ligado à cultura” referia-se a qualquer questão recorrente e específica de uma determinada região do globo, que se caracterizasse por comportamentos e experiências aberrantes, que não encaixassem em nenhum conjunto de critérios de diagnóstico convencional (Kortmann, 2010; Wittkower & Monreal, 1965).

Praticamente em todos os cantos do mundo não-ocidental, e mesmo alguns dentro da esfera de influência do Ocidente, mas portadores de tradições e história muito antigas, geraram síndromes ligados à cultura, usando, expressões do idioma nativo, como é o caso de dhat, Amok, taijin kiofusho, shenjing-suairuo e muitos outros. Estas síndromes eram quase exclusivas das regiões do mundo onde foram descritas, e a sua caracterização era habitualmente rica em explicações etipatogénicas coloridas e rituais terapêuticos simbólicos liderados pelas figuras solenes de determinada cultura, como curandeiros, exorcistas, sacerdotes ou outros (Udina et al., 2012).

A certa altura, a aceitação dessas categorias nosológicas por parte do mundo clínico era tal que entidades como anorexia nervosa e perturbação de personalidade borderline eram consideradas “Síndromes ligados à cultura – ocidentais” (Alarcón, 2013).

A globalização juntamente com o aumento da interconexão entre as pessoas em todo o mundo, abriu oportunidade para facilitar o diálogo entre as pessoas e compartilhamento de conhecimento e recursos fazendo com que o conceito em torno da saúde mental tem sido disseminados pelo mundo, tendo as novas tecnologias propiciando o espaço para permitir discussões entre médicos de vários países e aumentar a compreensão das diferenças entre culturas. Graças a esta globalização a elaboração de novas versões dos dois principais sistemas de classificação de perturbações mentais, The Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-5) e international classification of diseases (ICD) tem contando com o apoio da psiquiatria a nível mundial tendo como principal objetivo alcançar uma harmonização dos sistemas, abrindo a possibilidade de

que a cultura venha a ter o seu devido lugar nas novas nomenclaturas (Alarcón, 2013; Alverson et al., 2007; American Psychiatric Association, 2014; Fernando, 2014; Gopalkrishnan, 2018).

Atualmente o DSM-5, a expressão “síndrome ligada à cultura” foi substituído por 3 novos conceitos que oferecem maior utilidade clínica: Síndrome cultural, idioma cultural de sofrimento e explicação cultural ou causa percebida (Alarcón, 2013; American Psychiatric Association, 2014).

Outro fator importante e que pode complicar a psiquiatria transcultural é a linguagem, esta com como parte integrante de uma determinada cultura, é o que molda a experiência e a expressão de um indivíduo e a regulação de emoções, pensamentos e comportamentos. A linguagem é uma particularidade da cultura que pode influenciar o modo como a sociedade encara e descreve a doença. Doentes de culturas diferentes não só podem dar um significado diferente aos sintomas como também os expressam de uma forma que pode ser incompreendida pelo médico (Bemme & Kirmayer, 2020).

É inquestionável o papel desempenhado pela cultura nas diferentes apresentações clínicas das entidades psiquiátricas, o conceito de patoplastia transmite as ricas conexões entre a cultura e a expressão dos sintomas psiquiátricos, a forma como são descritos, vivenciados e relatados por pacientes pertencentes a diferentes culturas (Alarcón, 2013).

CONCLUSÃO

Psiquiatria cultural é considerada como a disciplina que trata da caracterização, avaliação e tratamento de todas as condições psiquiátricas na medida em que estão sujeitas à influência padronizadora de fatores e variáveis culturais tão amplos quanto etnia, raça e identidade ou tão focados como idioma, religião, gênero e orientação sexual, educação, tradições e crenças, status sociodemográfico, modalidades dietéticas ou filosofias financeiras (Alarcón, 2013).

Podemos concluir que a cultura, na avaliação psiquiátrica tem uma importância extrema, e a consciência da sua importância é essencial por forma a ser possível a correção de interpretações erróneas da psicopatologia. A assunção de que um determinado comportamento é anormal exige uma atenção clínica minuciosa, pois estes comportamentos são dependentes das normas e culturas internalizadas pelo indivíduo e aplicadas por outros em seu redor, incluindo familiares e clínicos.

Indubitavelmente podemos assumir que os limites entre normalidade e patologia variam em diferentes culturas, os próprios limiares de tolerância para sintomas ou comportamentos específicos são diferentes conforme a cultura, o contexto social e a família.

Embora haja um crescente reconhecimento da importância da cultura e do contexto, a aplicação real permanece limitada em muitos contextos.

O reconhecimento da diferença cultural não visa essencializar ou marginalizar, mas dar aos profissionais e comunidades as estruturas necessárias para trazer os seus próprios conhecimentos e valores para responder aos problemas de saúde mental.

A cultura desempenha então uma variedade de papéis em relação à evolução da saúde mental, é o palco principal da vida humana em todas as suas expressões, é também a voz, as atitudes e as ações de todos nós, atores das comédias e dramas da humanidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alarcón, R. D. (2013). Cultural psychiatry: A general perspective. *Cultural Psychiatry*, 33, 1–14. <https://doi.org/10.1159/000348722>

Alverson, H. S., Drake, R. E., Carpenter-Song, E. A., Chu, E., Ritsema, M., & Smith, B. (2007). Ethnocultural variations in mental illness discourse: Some implications for building therapeutic alliances. *Psychiatric Services*, 58(12), 1541–1546. <https://doi.org/10.1176/ps.2007.58.12.1541>

American Psychiatric Association. (2014). *DSM-5: Manual Diagnóstico e Estatística de Transtornos Mentais*.

Antić, A. (2021). Transcultural Psychiatry: Cultural Difference, Universalism and Social Psychiatry in the Age of Decolonisation. *Culture, Medicine and Psychiatry*, 45(3), 359–384. <https://doi.org/10.1007/s11013-021-09719-4>

Bäärnhjelm, S., & Scarpinati Rosso, M. (2009). The Cultural Formulation: A Model to Combine Nosology and Patients' Life Context in Psychiatric Diagnostic Practice. *Transcultural Psychiatry*, 46(3), 406–428. <https://doi.org/10.1177/1363461509342946>

Bemme, D., & Kirmayer, L. J. (2020). Global Mental Health: Interdisciplinary challenges for a field in motion. *Transcultural Psychiatry*, 57(1), 3–18. <https://doi.org/10.1177/1363461519898035>

Fernando, S. (2014). Mental Health Worldwide Culture, Globalization and Development. In *Mental Health Worldwide*. <https://doi.org/10.1057/9781137329608>

Gopalkrishnan, N. (2018). Cultural Diversity and Mental Health: Considerations for Policy and Practice. *Frontiers in Public Health*, 6(June), 1–7. <https://doi.org/10.3389/fpubh.2018.00179>

Kortmann, F. (2010). Transcultural Psychiatry: From Practice to Theory. *Transcultural Psychiatry*, 47(2), 203–223. <https://doi.org/10.1177/1363461510368892>

Sousa, T., & Santinho, M. (2019). Antropologia da saúde, psiquiatria transcultural e etnopsiquiatria - Considerações teóricas. *Trabalhos de Antropologia e Etnologia*, 59, 79–90.

Tribe, R., & Melluish, S. (2014). Globalization, culture and mental health. *International Review of Psychiatry*, 26(5), 535–537. <https://doi.org/10.3109/09540261.2014.955086>

Udina, M., Foulon, H., Córcoles, D., & Martín-Santos, R. (2012). Síndrome de Dhat: descripción de 6 casos. *Medicina Clínica*, 138(7), 318–321. <https://doi.org/10.1016/j.medcli.2011.06.009>

Wittkower, E., & Monreal, H. (1965). Transcultural Psychiatry. *Arch Gen Psychiatry*, 13, 387–394.

A saúde mental de crianças requerentes de asilo na Europa: estudo exploratório num campo de refugiados

Luísa Teixeira-Santos¹; Ana Paula Monteiro²

¹Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde, Porto, Portugal

²Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra, Portugal

RESUMO

Enquadramento: A migração forçada tem um elevado impacto na saúde física e mental, especialmente de crianças. Este estudo pretende identificar factores de vulnerabilidade e de protecção em saúde mental de crianças requerentes de asilo a viverem num campo de refugiados europeu. **Metodologia:** Estudo qualitativo, exploratório, descritivo. Colheita de dados através de observação participante e entrevistas semiestruturadas, realizadas no Campo de Refugiados de Kara Tepe, Grécia. **Resultados:** Factores de vulnerabilidade: Experiências Traumáticas; Dificuldade de Expressão Emoções; Perda dos Referências Identitários; Sentimentos de Abandono e Solidão; Condições de Vida nos Campos de Refugiados; Falta de Perspetivas para o Futuro. Fatores de protecção: Esperança e Resiliência; Educação Formal e Não-Formal; Ambiente de Segurança e Protecção. **Conclusões:** As crianças residentes em Kara Tepe apresentam um número significativo de fatores de vulnerabilidade em saúde mental. Este conhecimento permite aos enfermeiros especialistas em saúde mental ajudar as crianças a adquirir competências para lidar com as transições de vida.

Palavras-Chave: Campo de Refugiados; Enfermagem; Saúde Mental; Refugiados.

ABSTRACT

Theoretical framework: Forced migration has an impact on physical and mental health, especially for children. This study pretends to identify the mental health protective and vulnerability factors of children living in a European refugee camp. **Methodology:** Qualitative, exploratory, and descriptive study. Data collection with participant observation and semi-structured interviews carried out in the Kara Tepe Refugee Camp, Greece. **Results:** Vulnerability factors: Traumatic Experiences; Difficulty Expressing Emotions; Loss of Identity References; Feelings of Abandonment and Loneliness; Current Living Conditions in Refugee Camps; Lack of prospects for the future. Protective factors: Hope and Resilience; Formal and Non-Formal Education; Environment of Security and Protection. **Conclusions:** Children living in Kara Tepe present a significant number of vulnerability factors in mental health. This knowledge allows mental health nurses to help children acquire skills to deal with life transitions.

Keywords: Mental Health; Nursing; Refugees; Refugee Camps.

RESUMEN

Marco teórico: La migración forzada tiene un alto impacto en la salud física y mental, especialmente en la niñez. Este estudio tiene como objetivo identificar los factores de vulnerabilidad y protección en la salud mental de los niños solicitantes de asilo que viven en un campo de refugiados europeo. **Metodología:** Estudio cualitativo, exploratorio, descriptivo. Recogida de datos mediante observación participante y entrevistas semiestructuradas, realizadas en el Campamento de Refugiados de Kara Tepe, Grecia. **Resultados:** Factores de vulnerabilidad: Experiencias Traumáticas; Dificultad para expresar emociones; Pérdida de Referencias de Identidad; Sentimientos de Abandono y Soledad; Condiciones de vida actuales en los campos de refugiados; Falta de perspectivas para el futuro. Factores protectores: Esperanza y Resiliencia; Educación Formal y No Formal; Entorno de Seguridad y Protección. **Conclusiones:** Los niños que residen en Kara Tepe presentan un número significativo de factores de vulnerabilidad en salud mental. Este conocimiento permite a las enfermeras de salud mental ayudar a los niños a adquirir habilidades para hacer frente a las transiciones de la vida. **Palabras Clave:** Enfermería; Campo de Refugiados; Refugiados; Salud Mental.

INTRODUÇÃO

Até finais de 2020, mais de 82,4 milhões de pessoas foram forçadas a deslocar-se por questões de sobrevivência (UNHCR, 2021a). Desde 2014 chegaram à Europa 2,300,881 milhões de pessoas (UNHCR, 2021b). Segundo o ACNUR, 80% das travessias ilegais realizadas no Mediterrâneo são efetuadas pelo Mar Egeu, da Turquia até às ilhas gregas (UNHCR, 2017). A migração forçada levou à criação de alojamentos temporários, designados como campos de refugiados. É nestes locais que, desde 2015, os requerentes de asilo são obrigados a permanecer até obterem o estatuto de refugiados. Várias Organizações não-governamentais (ONGs) têm denunciado condições de vida desumanas nestes contextos (MSF, 2020; Leghtas, 2017; Amnesty International, 2016; Save the Children, 2015). A migração forçada compromete a saúde mental das crianças. A maioria manifesta ansiedade, tristeza, raiva e embotamento afetivo. As reações dependem da idade, experiências traumáticas, fatores protetores, suporte sociofamiliar (Zamani, & Zarghami, 2016; Cartwright et al., 2015)

METODOLOGIA

Estudo qualitativo, descritivo e exploratório. Tem como objetivo identificar fatores de proteção e de vulnerabilidade em saúde mental nas crianças requerentes de asilo residentes no campo de refugiados de Kara Tepe, Ilha de Lesbos, Grécia. Colheita de

dados efetuadas através de observação participante e entrevistas semiestruturadas. A observação participante realizou-se por imersão de campo no Campo de Refugiados de Kara Tepe, durante 3 semanas do mês de fevereiro de 2018, através da integração na equipa da ONG Plataforma de Apoio aos Refugiados. As entrevistas semiestruturadas realizaram-se de fevereiro a junho de 2018 de acordo com guiões de entrevistas. Recorreu-se a uma amostragem não probabilística por conveniência para selecionar os participantes, dos quais fazem parte requerentes de asilo residentes em Kara Tepe; elementos de ONGs a trabalhar no contexto e professores do governo grego no local. Critérios de inclusão para os requerentes de asilo: (i) ser fluente na língua inglesa, (ii) obter autorização legal parental; (iii) ter mais de 15 anos; (iv) anuir na colaboração do estudo. Critérios de inclusão para profissionais e voluntários: (i) ser fluentes na língua inglesa; (ii) trabalhar/ter trabalhado com crianças em Kara Tepe; (iii) anuir na colaboração do estudo (Apêndice 1). De acordo com o consentimento informado, as entrevistas foram gravadas e transcritas salvaguardando-se a confidencialidade pela codificação dos participantes. A recolha de dados decorreu até à saturação teórica, seguindo-se uma análise temática indutiva. A análise e codificação de dados foi sujeita a validação por *experts* na área da saúde mental. Estudo com parecer favorável N° P485-03/2018, pela Comissão de Ética da Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem.

RESULTADOS

Fatores de Vulnerabilidade Em Saúde Mental

As **experiências traumáticas** são um dos maiores fatores de vulnerabilidade em saúde mental, nas quais se incluem experiências no país de origem, nas travessias ilegais, na chegada e permanências aos campos de refugiados.

Os requerentes de asilo relataram experiências traumáticas como:

I7: “Amir, da organização terrorista, disse ao meu pai que ele devia fazer-se explodir na mesquita durante a Ashura (...) tivemos de fugir.”

I8: “ Um dia voltámos da escola (...) As nossas coisas estavam lá mas a nossa família já não (...) fugimos. No Paquistão e no Afeganistão não há paz. No Irão eles apanham as pessoas para combater na Síria”

Voluntários e profissionais corroboraram os achados:

I3: “Experimentar e testemunhar violência e agressão é definitivamente um fator perturbador que gera trauma.”

I4: “Quando se percebe que brincavam a juntar partes de corpo humano...”

Durante a imersão de campo percebeu-se que as crianças relatavam, por desenhos e brincadeiras, experiências relacionadas com mortes, violência e separação de familiares. As crianças mais velhas verbalizavam pouco essas vivências. Os achados revelaram **dificuldade na expressão das emoções**:

I8: “Não sei lidar com a raiva dentro de mim, só me apetece partir tudo.”

I7: “Quando não estou bem vou ver o mar. Prefiro não falar (...)”

Esta dificuldade foi identificada também por voluntários e profissionais:

I3: “ (...) mostram comportamentos agressivos ou de extrema apatia...”.

I6: “Continua a ser normal usarem objetos para fingir que são armas (...)”.

Pela OP percebeu-se que as crianças mais novas utilizavam o desenho para se expressar e contar histórias; e as brincadeiras para replicar experiências traumáticas que envolvem tiros, apedrejamentos, autolesões. Outras não participavam em atividades e apresentavam estados de apatia. As mais velhas demonstravam dificuldade em gerir emoções perdendo, às vezes, o controlo com momentos de choros, gritos e, por vezes, comportamentos autolesivos.

Outro fator de vulnerabilidade identificado foi a **perda dos referenciais identitários**, sejam eles familiares, sociais e/ou culturais.

I8: “Os meus pais? Eu não sei (...) Mas sinto que eles estão mortos (...)”

I7: “Fiquei em choque! Deixei os meus amigos (...) a minha casa”.

Na perspectiva de voluntários e profissionais:

I5: “É difícil eles relacionarem-se, pelas diferenças culturais. Juntam-se pelo idioma. São pouco tolerantes, até porque veem os adultos fazer isso”.

I6: “A estas pessoas foi lhes tirada a sua casa, não no sentido físico (...) O que somos sem o que nos define?”

O abandono do seu país e pertences, e a permanência num campo onde existe pluralidade de culturas, religiões, idiomas, crenças e costumes, despoletou nas crianças uma necessidade de desenvolver sentimento de pertença. As mais velhas pareciam ter mais dificuldade na adaptação à integração. Eram frequentes relatos de **sentimentos de abandono e solidão**:

I8: “ (...) O pior disto tudo é que eu sinto falta da minha família (...)”

I7: “ Quando tu tens algum problema, eles dizem-te que não podem fazer nada por ti. Isto é o mais embaraçoso, a sensação de impotência...”

Na opinião de voluntários e profissionais:

I3: “Em geral, as crianças nos campos lutam por atenção e carinho (...)”

I2: “O desinteresse dos pais (...) está relacionado com a situação de vida dos pais no momento. Penso que não é apenas cultural”.

Pela imersão de campo observou-se que as crianças vagueavam pelo campo sem supervisão e transpareciam falta de cuidados. Estes achados podiam estar relacionados com o **estado emocional dos familiares** destas crianças:

I7: “O que me aborrece mais é que os maus pais estão tristes (...)”

Estes achados foram corroborados pelos professores:

I2: “Eu penso que estes pais têm um sentimento profundo de abandono. (...)estão completamente dependentes (...) o contexto influencia”.

Pela imersão de campo percebeu-se que era difícil abordar os pais pelas barreiras linguísticas e/ ou culturais. Contudo sentimentos de desesperança e de inferioridade

internalizados, pela retirada do poder de autodeterminação, podiam estar a interferir na integração social. As **condições de vida atuais nos campos de refugiados** foram também consideradas como um fator de vulnerabilidade:

I7: “Moria é horrível e nada seguro. Existem lutas todos os dias (...) Dormimos todos juntos (...) continuo a ter frio (...) não temos o que comer.”

I8: Em Kara Tepe há coisas boas e más (...) O pior é não ter eletricidade.”

Profissionais e voluntários também relataram condições pouco ideais:

I1: “Estas crianças precisam de boa comida. Precisam de higiene e roupa adequada (...) Isto afeta as crianças. E elas dizem que têm fome (...).”

I3:” (...) dificuldade e miséria no campo, más instalações sanitárias (...).”

Observaram-se condições de miséria, falta de comida, água potável, saneamento e eletricidade. Os contentores serviam agregados familiares médios de 10 pessoas. A roupa era incinerada quando não conseguiam utilizar as 10 máquinas disponíveis para as mais de 2 mil pessoas residentes. As casas de banho eram buracos no chão, uma para cada 300 pessoas. As refeições distribuídas duas vezes por dia, sem adequação às necessidades. Estes fatores, associados ao processo demorado de avaliação para obtenção do estatuto de refugiados culminavam, por vezes, na **falta de perspetivas para o futuro**:

I7: “No nosso país (Paquistão), tínhamos imensos planos (...) Eu era estudante de Ciências da Computação. (...) Aqui estamos a perder tempo”

I8: “Eu não sei sobre o futuro”.

As crianças mais velhas, quando falavam do futuro, desviam o olhar, mudavam o fâcies e reforçavam a ideia de frustração perante a situação de vida. As mais novas falavam mais sobre sonhos, permanecendo quase numa inocência feliz.

Fatores de Proteção em Saúde Mental

A **esperança e resiliência** são fatores de proteção em saúde mental. A esperança na obtenção do estatuto de refugiado ajuda a construir resiliência.

I7: “Quero continuar a minha educação. Os meus sonhos estão todos aqui”

I8: “Na minha vida eu só quero encontrar a minha família (...).”

Estas perceções foram corroboradas por voluntários e profissionais:

I3: “Quando o ser humano mantém uma mentalidade construtiva, pode lidar com os ambientes mais severos. São resilientes!”

I4: “O exemplo de vida que eles são, de força e de resiliência...”

Observaram-se comportamentos de ambivalência, como se as crianças vivessem num limbo entre a esperança no futuro e o desespero da espera. O tempo de permanência no campo, a idade e alguma dificuldade no processo de requerimento de asilo influenciavam negativamente a construção da resiliência.

A **Educação Formal e Não-Formal** foi descrita como fator protetor da saúde mental. A educação formal era da responsabilidade dos professores e a educação não formal das ONGs. As opiniões são unânimes quanto à revelância:

I8: “E temos imensas atividades. Podemos aprender alguma coisa. As pessoas da Holanda, de Portugal, fazem por entreter as crianças (...).”

I7: “Preciso de continuar a minha educação (...) os meus irmãos também”

Os profissionais de educação salientaram a necessidade da educação formal:

I2: “ Um fator protetor são aulas bem organizadas, num ambiente seguro. A rotina de vir para a escola ainda não é estável (...) é importante incluí-los na educação pública. (...) A escola é o ator principal de proteção.”

Os voluntários realçaram a necessidade das atividades de educação não-formal:

I3: “Precisam de atividades (...) de desporto, criatividade, brincadeiras em geral (...) têm um efeito positivo, calmante e alegre nas crianças”.

I4: “Mais do que objetivos pedagógicos, (...) é importante criar uma relação de confiança mútua e neles próprios”.

As crianças apresentavam dificuldade em manter a assiduidade nas atividades, mesmo sendo os únicos momentos em que diziam sentir-se bem, e dificuldades de concentração exigindo esforço adicional de professores e voluntários.

Outro fator de proteção, **Ambiente de Segurança e Proteção**, surgiu em comparação com experiências vividas noutros campos de refugiados. Kara Tepe transmitia um ambiente mais familiar e tinha atividades para as crianças:

I8: “Eu vim de Moria porque lá só havia lutas (...) pessoas disseram que em Kara Tepe havia paz e coisas para fazer”.

I7: “Moria é... horrível e não é segura (...) Kara Tepe é seguro”.

Os profissionais e voluntários acreditavam também que as atividades diárias proporcionavam sensação de proteção que favorecia a adaptação ao contexto:

I1: “Penso que é uma zona de proteção (a escola)”.

I6: “Um dos fatores protetores é fazê-los sentir que estão seguros agora e que, no fundo, todos os voluntários estão aqui para ajudar”.

A imersão de campo permitiu ouvir inúmeras vezes as crianças proferirem “*Kara Tepe good, Moria no good*”, como forma de diferenciar. As mais velhas diziam que em Kara Tepe encontraram o ambiente de maior proteção e segurança desde que tinham deixado os seus países.

DISCUSSÃO

As crianças descreveram algumas experiências traumáticas que as levaram a procurar asilo e a sujeitarem-se a viver em condições hostis. Factos que vão ao encontro de estudos que corroboram a presença de sofrimento mental nas crianças requerentes de asilo. As experiências traumáticas e a incapacidade de expressar sentimentos foram os fatores de vulnerabilidade mais evidentes. Contudo, as condições de vida no campo de refugiados são descritas como um fator modificável que exacerbava esta

vulnerabilidade. Factos que são corroborados pelos alertas de ONGs sobre as repercussões psicológicas das experiências traumáticas antes, durante e após a chegada à Europa (MSF, 2020; Leghtas, 2017; Amnesty International, 2016; Save the Children, 2015). Para os professores, os pais tinham sentimentos de tristeza, abandono, impotência e dependência distanciando-se por isso do seu papel parental. No entanto referiram que é um achado contextual e não cultural. Estes achados comprometiam as relações familiares e contribuía para sentimentos de abandono e solidão nas crianças que, na sua maioria, ao perderem os seus referenciais identitários e ao terem dificuldades de integração, perdiam as perspetivas para o futuro. Segundo os professores, as crianças não apresentavam menos habilidades cognitivas. Algumas tinham dificuldades no autocontrolo, interação e cumprimento de regras. Factos que são amplamente descritos na literatura (Smith, 2020). Estas dificuldades foram também referidas pelos voluntários durante as atividades não-formais, sendo que a interação era o maior desafio por questões pessoais, culturais e linguísticas. Profissionais e voluntários descreveram crianças com dificuldade de expressar o que sentiam devido à barreira linguística e imaturidade, referindo comportamentos desproporcionais a certos acontecimentos. Por outro lado, a violência física é encarada com certa naturalidade em determinadas culturas, podendo ser uma razão para a dificuldade em internalizar novas regras. A presença de comportamentos desproporcionais, face a momentos stressores, está descrita na literatura (Smith, 2020; Zamani, & Zarghami, 2016; Cartwright et al., 2015). Estes comportamentos tornar-se-ão menos frequentes com a perceção de um ambiente seguro, mas seria importante o acompanhamento psicológico para garantir a resolução de conflitos internos melhorando o seu bem-estar psicológico. Para os requerentes de asilo, as maiores dificuldades estão relacionadas às condições de vida no campo relatando momentos de fome e frio, factos corroborados pelos profissionais e voluntários. Em relação à saúde mental, relataram dificuldade em controlar e expressar emoções, procurando o isolamento para acalmar. As crianças referiram apreciar o trabalho das ONGs e veem a educação como forma de melhorar competências. Durante o processo de obtenção do estatuto legal de refugiados mantinham a esperança, tornando-se resilientes, tendo em conta os sonhos para a vida futura. Nestas atividades estabeleciam relações de amizade e confiança desenvolvendo sentimento de proteção e segurança. Factos corroborados na literatura (Farahani, 2021).

CONCLUSÃO

A saúde mental das crianças requerentes de asilo em Kara Tepe dependia, principalmente, de um sentimento de pertença que lhes permitia desenvolver sentimentos de segurança e apaziguamento para ter esperança num futuro melhor. Estar em Kara Tepe fornecia uma sensação de proteção e segurança que tendia a desaparecer com o tempo de permanência no campo. As experiências traumáticas,

dificuldade em expressar sentimentos, perda dos referenciais identitários, sentimentos de abandono e solidão, condições nos campos de refugiados e falta de perspectiva para o futuro contribuíram, inevitavelmente, para exacerbar a vulnerabilidade em sua saúde mental favorecendo o aparecimento da doença mental. Neste sentido importa investir nos fatores protetores reforçando a esperança e a resiliência, investindo na educação formal e não-formal, que para além de constituírem ambientes de proteção e segurança, contribuem para a continuidade do desenvolvimento de competências psicossociais e educacionais. Este estudo tem como limitação o facto dos dados se reportarem a uma realidade contextual.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

Os enfermeiros têm o desafio avaliar as transições de vida das crianças e as repercussões no seu bem-estar, desenvolvendo programas nestes contextos e nos países de acolhimento, integrando equipas multidisciplinares. Conhecendo as suas histórias, referenciais identitários e fatores de proteção e vulnerabilidade em saúde mental, os enfermeiros especialistas em saúde mental podem constuir programas de intervenção adequados às necessidades e contextos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Amnesty International. (2016). Trapped in greece - an avoidable refugee crisis. Recuperado de: <https://www.refworld.org/docid/571db6df4.html>
- Cartwright, K., El-Khani, A., Subryan, A., & Calam, R.(2015) Establishing the feasibility of assessing the mental health of children displaced by the Syrian conflict. *Global Mental Health*, 2(8). doi: <https://doi.org/10.1017/gmh.2015.3>
- Farahani, F. (2021). Hospitality and hostility: The dilemmas of intimate life and refugee hosting. *Journal of Sociology*, 57(3), 664-673. <https://doi.org/10.1177/14407833211018511>
- Leghtas, I. (2017). Like a Prison: Asylum Seekers Confined to the Greek Islands. Recuperado de: <http://www.iai.it/en/publicazioni/impact-eu-turkey-statement-protection-andreception-case-greece>
- MSF (2020). MSF reitera apelo para que migrantes sejam transferidos dos campos nas ilhas gregas. Acessado a 20 de Janeiro de 2022 em <https://www.msf.org.br/noticias/msf-reitera-apelo-para-que-migrantes-sejam-transferidos-dos-campos-nas-ilhas-gregas/>
- Save The Children. (2015). Multi-sector needs assessment of migrants and refugees in greece. Reino Unido: Save the Children. Recuperado : https://resourcecentre.savethechildren.net/pdf/greece_assessment_report.pdf/
- Smith Å. W. (2020). Surviving through the kindness of strangers: can there be "wellbeing" among undocumented refugee children?. *International journal of qualitative studies on health and well-being*, 15(sup2), 1724757. <https://doi.org/10.1080/17482631.2020.1724757>
- UNHCR (2021b). Mediterranean Situation. Geneva:UNHCR. Recuperado de: <https://data2.unhcr.org/en/situations/mediterranean>
- UNHCR. (2017). Desperate Journeys. Geneva: UNHCR. Recuperado de <https://data2.unhcr.org/en/documents/download/60865>

UNHCR. (2021a). Global Trends: Forced Displacement In 2020. Geneva: UNHCR. Recuperado de: <https://www.unhcr.org/flagship-reports/globaltrends/>

Zamani, M., & Zarghami, A. (2016). The Refugee and Immigration Crisis in Europe: Urgent Action to Protect the Mental Health of Children and Adolescents. *Journal Adoolesc Health*. 58(5):582. doi: 10.1016/j.jadohealth.2015.12.019

Apêndice 1 - Caracterização dos participantes das entrevistas semiestruturadas

Código	Género (F-Feminino M-Masculino)	Idade (anos)	País de Origem	Data de Chegada à Ilha de Lesbos	Data de Chegada ao Campo de Kara Tepe	Tempo de Permanência no Campo de Kara Tepe até à entrevista	Estatuto no Campo de Kara Tepe
I1	F	54	Grécia	Não Aplicável	Janeiro de 2018	5 meses	Coordenadora da Educação para os Refugiados – Professora do Ministério Grego
I2	F	48	Grécia	Não Aplicável	Abril de 2017	1 ano e 1 mês	Coordenadora da Educação para os Refugiados – Professora do Ministério Grego
I3	M	40	Alemanha	Novembro de 2016	Dezembro de 2016	2 meses	Coordenador do UNHCR na Ilha de Lesbos: Coordenação e Gestão entre ONG's; Programas de educação para crianças e atividades infantis; Atividades de prevenção da violência, apoio a programas de existentes
I4	F	25	Portugal	Janeiro de 2018	Janeiro de 2018	4 meses	Voluntário da Equipa da ONG PAR em Kara Tepe
I5	F	22	Portugal	Janeiro de 2018	Janeiro de 2018	3 meses	Voluntária da ONG PAR em Kara Tepe
I6	F	21	Portugal	Fevereiro de 2018	Fevereiro de 2018	1 mês	Voluntária da ONG Emergency Response Centre International
I7	F	16	Paquistão	Setembro de 2017	Dezembro de 2018	5 meses	Criança Requerente de Asilo
I8	M	15	Afganistão	Novembro de 2017	Janeiro de 2018	4 meses	Criança Requerente de Asilo

A importância das relações precoces e da vinculação no desenvolvimento humano e na psicopatologia

Berta Ramos¹; Diogo Barbosa¹; Filipa Andrade¹; Alexandra Sousa¹; Eva Osório^{1,2}

¹Centro Hospitalar e Universitário de São João

²Departamento de Neurociências Clínicas e Saúde Mental, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto

Resumo

A teoria da vinculação explica como é que as interações de uma criança com os cuidadores primários moldam o comportamento do indivíduo no presente e futuro. Durante o primeiro ano de vida, através das repetidas interações com as figuras que lhe prestam cuidados, o bebé constrói esquemas interpessoais que se definem como o conjunto de crenças e expectativas sobre o modo como as relações funcionam, ou seja, são representações mentais do *self*, dos outros e das relações. Estas relações podem corresponder a relações de vinculação segura, insegura e desorganizada. Desde há alguns anos, a investigação sobre a psicobiologia da vinculação tem aumentado significativamente, definindo correlações entre a insegurança da vinculação e a desregulamentação comportamental. A vinculação pode ser entendida como um fator importante no desenvolvimento psicopatológico, embora não seja o único. O desenvolvimento anterior molda e constrange o desenvolvimento futuro, mas não o determina. Ademais, muitos fatores individuais, sociais ou ambientais podem intervir neste processo e modificar o curso do desenvolvimento. O mecanismo vinculação-psicopatologia parece ter contribuído de uma alteração na reatividade fisiológica ao stress, e assim a vinculação insegura e a pobre regulação emocional correlacionam-se com trajetórias psicopatológicas e dificuldades de ajustamento ao longo da vida. Mais especificamente, a vinculação insegura tem vindo a ser associada à internalização e à externalização de sintomas na adolescência e na idade adulta, associando-se à psicopatologia em geral, dificuldades de ajustamento e a sintomas depressivos em particular.

Palavras-Chave: vinculação, relações precoces, psicopatologia, desenvolvimento

ABSTRACT

Attachment theory explains how the interactions of infants with primary caregivers shape the individual's present and future behavior. During the first year of life, through repeated interactions with caregiving figures, the infant constructs interpersonal schemas that are defined as the set of beliefs and expectations about how relationships work, i.e., they are mental representations of the *self*, others, and relationships. These relationships can correspond to secure, insecure, and disorganized attachment relationships. More

recently, research on the psychobiology of attachment has increased significantly, defining correlations between insecure attachment and behavioral dysregulation. Attachment can be understood as an important factor in psychopathological development, although it is not the only one. Previous development shapes and constrains future development but does not determine it. Furthermore, many individual, social, or environmental factors can intervene in this process and modify the course of development. The attachment-psychopathology mechanism seems to relate to an altered physiological reactivity to stress, and thus insecure attachment and poor emotional regulation correlate with psychopathological trajectories and adjustment difficulties throughout life. More specifically, insecure attachment has been associated with internalizing and externalizing symptoms in adolescence and adulthood, and is associated with psychopathology in general, adjustment difficulties, and depressive symptoms.

Keywords: attachment, early relationship, psychopathology, development

RESUMEN

La teoría del apego explica cómo las interacciones de un bebé con sus cuidadores primarios moldean el comportamiento presente y futuro del individuo.

Durante el primer año de vida, a través de las repetidas interacciones con las figuras cuidadoras, el bebé construye esquemas interpersonales que se definen como el conjunto de creencias y expectativas sobre el funcionamiento de las relaciones, es decir, son representaciones mentales del yo, los demás y las relaciones. Estas relaciones pueden corresponder a relaciones de apego seguras, inseguras y desorganizadas. Desde hace unos años, la investigación sobre la psicobiología del apego ha aumentado considerablemente, definiendo correlaciones entre el apego inseguro y la desregulación del comportamiento. El apego puede entenderse como un factor importante en el desarrollo psicopatológico, aunque no es el único. El desarrollo previo da forma y limita el desarrollo futuro, pero no lo determina. Además, muchos factores individuales, sociales o ambientales pueden intervenir en este proceso y modificar el curso del desarrollo. El mecanismo de apego-psicopatología parece contribuir a un cambio en la reactividad fisiológica al estrés y, por lo tanto, el apego inseguro y la mala regulación emocional se correlacionan con trayectorias psicopatológicas y dificultades de adaptación a lo largo de la vida. Más concretamente, el apego inseguro se ha relacionado con síntomas internalizantes y externalizantes en la adolescencia y la edad adulta, y se asocia con la psicopatología en general, las dificultades de adaptación y los síntomas depresivos en particular.

Palabras Clave: apego, relaciones tempranas, desarrollo, psicopatología

INTRODUÇÃO

O estabelecimento de uma relação de vinculação segura é um dos fatores protetores mais importantes no desenvolvimento do indivíduo e desempenha um papel fundamental ao longo da vida.

A teoria da vinculação explica como é que as interações de uma criança com os cuidadores primários moldam o comportamento do indivíduo ao longo da vida. A vinculação é uma necessidade humana universal. Todos os indivíduos desenvolvem relações de vinculação ao longo da vida, com o objetivo de atingirem segurança e, assim, explorarem o *self*, os outros e o mundo com confiança (Ainsworth, 1967; Ainsworth & Bowlby, 1991).

De acordo com esta perspectiva, as experiências de aprendizagem precoces com os cuidadores primários tornam-se cognitivamente representadas na forma de modelos internos de trabalho de si e dos outros que se presume moldarem as expectativas de relação e o comportamento dos adultos ao longo do tempo e das circunstâncias.

O presente artigo apresenta uma revisão e reflexão sobre a importância da vinculação no desenvolvimento de psicopatologia no adulto.

MÉTODOS

Revisão narrativa da literatura, utilizando os motores de busca Pubmed, Medline, Google Scholar and Science Direct com as palavras-chave vinculação, relações precoces, psicopatologia, desenvolvimento.

RESULTADOS

A teoria da vinculação e a psicopatologia do desenvolvimento

O comportamento de vinculação é vital para a sobrevivência da espécie humana: o bebé nasce com um sistema comportamental de vinculação que tem como objetivo protegê-lo do perigo. O sistema de vinculação assenta numa relação assimétrica e complementar entre a figura vinculada e a figura de vinculação. Na presença de ameaças externas que colocam em causa a sua sobrevivência (fome, doença, dor, frio...), ameaças relacionadas com a vinculação (ausência ou partida da figura de vinculação) e pistas naturais de perigo (escuro, barulho alto, isolamento), o primeiro procura proteção, através da proximidade, com o objetivo de alcançar sentimento de segurança. Da mesma forma, o sistema de prestação de cuidados é ativado na figura de vinculação, o que proporciona segurança. Assim, a relação de vinculação está centrada na regulação da segurança: a experiência de segurança relaciona-se com a avaliação da figura vinculada como disponível. Por outro lado, a ansiedade ou insegurança associa-se à perceção de ameaça a esta disponibilidade (Cooper, Hoffman, Marvin, & Powell, 1998).

Modelos Internos Dinâmicos

Durante o primeiro ano de vida, através das repetidas interações com as figuras que lhe prestam cuidados, o bebé vai construindo um conjunto de conhecimentos e expectativas. O modelo de si próprio refere-se ao *self*, ao seu valor próprio e capacidade de influenciar os outros. É a capacidade de ter perceção de si enquanto sujeito merecedor de amor e atenção, capaz de desencadear nas figuras de vinculação a sensibilidade e disponibilidade para responder às necessidades em causa. O modelo dos outros consiste no modo como as figuras de vinculação atuam e respondem aos seus pedidos de ajuda e proteção: é o reconhecimento das figuras de vinculação enquanto figuras acessíveis, responsivas e alcançáveis e que fornecem apoio e dão proteção.

Através destes modelos, surgem esquemas interpessoais que se definem como o conjunto de crenças e expectativas sobre o modo como as relações funcionam, ou seja, são representações mentais do *self*, dos outros e das relações. Estes esquemas possibilitam a interpretação do presente, a avaliação de hipóteses de ações futuras e dirigem a atenção e o processamento de informação (Bowlby, 1973, 1982; Holmes, 1993; Meyer & Pilkonis, 2001).

A Edificação da teoria da vinculação

A teoria da vinculação de Bowlby (1973) conceptualiza os estilos de fixação como seguros ou inseguros, considerando-se existirem quatro principais estilos de vinculação:

- a vinculação segura, na qual mãe é uma base segura para exploração do ambiente: o bebé separa-se para brincar, partilha emoções enquanto brinca, estabelece relação com o estranho na presença da mãe e conforta-se rapidamente após situação indutora de stress. A mãe surge como refúgio seguro, havendo uma alternância equilibrada entre comportamentos de exploração e de vinculação;
- a vinculação insegura-evitante, na qual existe exploração do ambiente independente da mãe - no início, o bebé separa-se da mãe para explorar o ambiente, existe pouca partilha de afetos e estabelece relação com o estranho. Existe evitamento ativo da mãe após a reunião: ignora-a ou afasta-se, olha para outro lado, movimenta-se noutra direção e não evita o estranho. Ocorre um predomínio do comportamento exploratório sobre o de vinculação;
- a vinculação insegura-ansiosa, onde existe um comportamento exploratório pobre – o bebé necessita sempre de contacto, tendo receio de situações e pessoas diferentes. Manifesta hipervigilância face à acessibilidade da figura de vinculação e uma posterior dificuldade de estabelecer contacto após a reunião. Há predomínio do comportamento de vinculação sobre o de exploração;

- a vinculação desorganizada, em que se apresentam simultaneamente padrões comportamentais contraditórios, comportamentos não direcionados, mal direcionados, incompletos e interrompidos, estereotípias, movimentos assimétricos, não coordenados e posturas anómalas. É mais frequente em grupos de risco como contextos familiares onde existem maus-tratos, negligência, violência conjugal, psicopatologia parental ou abuso de substâncias.

Implicações da qualidade da vinculação precoce na saúde mental

Existe continuidade da vinculação desde a infância até à idade adulta, encontrando-se esta associada à formação de trajetórias específicas de desenvolvimento e influenciando uma grande variedade de fatores, desde estratégias de regulação emocional até à personalidade adulta (Young, 2019; Higgins, 2010)

Adicionalmente, desde há alguns anos, a investigação sobre a psicobiologia da vinculação tem aumentado significativamente, definindo correlações entre a insegurança da vinculação e a desregulamentação comportamental (Diamond & Hicks, 2004).

Um potencial mediador de interesse entre a vinculação insegura e a psicopatologia é a reatividade fisiológica ao stress - índice de reatividade e regulação das emoções. Isto é, a ansiedade e a vinculação insegura estão associadas a uma reatividade fisiológica aumentada ao stress, que por sua vez se encontra associada a défices na regulação emocional. Segundo Spangler e Zimmerman (1999), o sistema de vinculação atua como um mecanismo regulador na interação entre os diferentes fatores fisiológicos subjacentes às emoções, influenciando tanto a perceção da emoção como a coerência na comunicação das emoções. As pessoas com vinculação segura terão, portanto, maiores capacidades reguladoras. Vários estudos têm apresentado modelos que estabelecem uma relação entre a desregulação afetiva e as perturbações mentais, argumentando que a saúde mental depende crucialmente de estados afetivos tais como emoções, respostas ao stress, o humor (Gross & Uusberg, 2019).

De facto, a autorregulação é uma capacidade precoce de exercer controlo sobre a cognição, comportamento e emoções (especialmente as negativas) e não parece conferir risco específico para perturbações isoladas, mas sim apresentar risco geral para o desenvolvimento de diversas perturbações. O desenvolvimento disfuncional desta capacidade pode tornar-se um fator de risco transdiagnóstico para o aparecimento de perturbações psiquiátricas, tendo assim um impacto na adaptação social ao longo do desenvolvimento (Santens, 2020).

Mais especificamente, a vinculação insegura tem vindo a ser associada à internalização e à externalização de sintomas na adolescência e na idade adulta, associando-se à psicopatologia em geral, dificuldades de ajustamento e a sintomas depressivos em

particular (Spruit et al, 2020; Stovall-McClough, 2016; Dagan, 2018; Milkulincer, 2003). De seguida exploram-se associações encontradas em as perturbações depressivas, ansiosas, perturbação dissociativa e a perturbação *borderline* de personalidade e diferentes tipos de vinculação, a título de exemplo.

Perturbações depressivas

Bowlby (1988) sugeriu três principais circunstâncias da vinculação que são mais suscetíveis de se associarem ao desenvolvimento de depressão: quando os pais de uma criança morrem, quando uma criança é incapaz de formar relações estáveis e seguras com os cuidadores, e quando o cuidador demonstra à criança que ela é incompetente ou inamável. Estas experiências interferem na construção de modelos internos próprios e dos outros e associam-se à expectativa de hostilidade e rejeição pelos outros na infância e idade adulta. Cummings e Cicchetti (1990) sugeriram que a experiência de ter um cuidador psicologicamente indisponível é semelhante à experiência de perder realmente um cuidador, pois ambas envolvem uma sensação de incontrolabilidade por parte da criança.

De facto, a vinculação insegura prevê a depressão na adolescência (Duggal, Carlson, Sroufe, & Egeland, 2001). Vários estudos demonstraram que a morte de um pai na primeira infância coloca o indivíduo em risco de depressão posterior (Takeuchi et al., 2003). Mais recentemente, Nickerson et al. (2013) descobriram que a paternidade adversa após a morte prematura de um dos pais está associada a um risco acrescido de depressão na idade adulta.

Perturbações de Ansiedade

Bowlby (1973) propôs que todas as formas de perturbações de ansiedade (com exceção de fobias específicas) podem ser explicadas pela ansiedade precoce em relação à disponibilidade da figura de vinculação. Entre os meios mais suscetíveis para o desenvolvimento destas perturbações encontram-se ambientes familiares em que a criança se preocupa com a sobrevivência de um dos pais ou com a possibilidade de ser rejeitada ou abandonada ou naqueles em que o cuidador tem dificuldade em se afastar da criança com medo que esta seja maltratada.

O *Minnesota Study of Risk and Adaptation from Birth to Adulthood* (Bosquet & Egeland, 2006) verificou que as perturbações de ansiedade eram mais prevalentes em crianças com vinculação insegura. Bar-Haim, Dan, Eshel e Sagi-Schwartz (2007) demonstraram que o tipo inseguro-evitante estava associada à existência de fobia social.

Brown e Harris (1993) mostraram a existência de perda precoce de um cuidador e uma prestação de cuidados inadequada nas histórias vivenciais das pessoas com perturbações de pânico, quando comparadas com pessoas sem diagnóstico psiquiátrico. Numa meta-análise de Rutter e Van IJzendoorn (1992) demonstraram a associação entre a ansiedade de separação da primeira infância e a agorafobia

posterior: verificaram que os adultos com agorafobia relatavam maior ansiedade de separação infantil do que os controlos, contudo não estavam em maior risco de sofrer de ansiedade de separação. Os adultos com agorafobia classificavam mais frequentemente os pais como menos afetivos e mais protetores do que os controlos. As perturbações de ansiedade na idade adulta estão também relacionadas com relatos de experiências precoces com conotação negativa com os cuidadores.

Perturbação *Borderline* da Personalidade

A perturbação *borderline* encontra-se associada à amplificação da sintomatologia e do afeto negativo, bem como à preocupação com as dificuldades relacionais. A prontidão para comunicar a angústia é consistente com a maximização da expressão das necessidades de vinculação, observada em bebés com vinculação inseguro-evitante. A existência de modelos internalizados dos cuidadores como incompetentes ou inconsistentemente disponíveis, e do *self* como pouco valorizado, são centrais para um diagnóstico de perturbação *borderline* de personalidade e para a classificação de uma vinculação como ansiosa (Agrawal et al., 2004).

Perturbações dissociativas

West, Adam, Spreng e Rose (2001) descobriram que adolescentes que apresentavam maior frequência de episódios dissociativos mostravam maior probabilidade de apresentar padrão de vinculação desorganizado quando comparados com adolescentes com menor probabilidade de dissociar. Num estudo realizado por Riggs e colegas (2007), doentes internados em enfermarias psiquiátricas com história de trauma sem tratamento mostraram mais sintomatologia dissociativa do que aqueles internados sem história de trauma.

Trajetórias desenvolvimentais

O desenvolvimento é mais do que a passagem do tempo, é cumulativo e ocorre através de uma integração hierárquica. O crescimento psicológico é um processo de complexidade e organização crescentes, de forma que novas estruturas emergem das anteriores - o desenvolvimento ocorre através da diferenciação de estruturas mais complexas que vão integrar de forma ordenada as anteriores.

Numa trajetória desenvolvimental adaptativa existem comportamentos “problemáticos” que não constituem psicopatologia, na medida em que o desenvolvimento normal engloba períodos de stress e perturbação. Existe um contínuo entre o desenvolvimento normal e patológico, logo, é fundamental conhecer bem o desenvolvimento normal para compreender a psicopatologia (Sroufe, 1997).

A psicopatologia consiste num desvio desenvolvimental, ou seja, num desvio de uma trajetória adaptativa - traduz-se numa mudança significativa de um curso de desenvolvimento saudável (Kerig, Ludlow, & Wenar, 2012). Cada ponto inadaptativo do desenvolvimento aumenta a probabilidade do próximo ser igualmente inadaptativo.

Quanto mais tempo se permanece num percurso desviante, maior é a dificuldade no retorno à adaptação. Ainda que a mudança seja sempre possível, torna-se cada vez mais difícil se as experiências de desenvolvimento forem reforçando uma trajetória desviante.

CONCLUSÃO

Ao longo da última década, a pesquisa sobre a vinculação e a psicopatologia avançou em direção a uma compreensão de como os modelos dinâmicos internos estão em constante interação com as relações interpessoais e com o desenvolvimento de psicopatologia no futuro. Está estabelecido que as vinculações insegura e desorganizada estão relacionadas com disfunções de desenvolvimento e perturbações mentais, mas a magnitude desta relação é relativamente modesta (Fearon, 2010). Segundo Bowlby (1988), a desorganização na infância é um dos preditores mais robustos de trajetórias inadaptativas e de psicopatologia na adolescência e idade adulta. Ainda assim é essencial compreender melhor a variabilidade intraindividual nos processos de vinculação.

As únicas ligações claras entre a vinculação e psicopatologia na idade adulta são entre vinculação desorganizada e sintomas dissociativos na adolescência e no início da vida adulta e entre vinculação ansiosa e perturbações da ansiedade na adolescência.

A vinculação pode ser entendida como um fator importante no desenvolvimento psicopatológico, embora não seja o único. O desenvolvimento anterior molda e constrange o desenvolvimento futuro (ou seja, aumenta ou diminui a probabilidade de adaptação ou psicopatologia) mas não o determina. Ademais, muitos fatores individuais, sociais ou ambientais podem intervir neste processo e modificar o curso do desenvolvimento.

O mecanismo vinculação-psicopatologia parece ter um contributo de uma alteração na reatividade fisiológica ao stress, verificando-se que estratégias eficazes de regulação emocional ocorrem precisamente no contexto da segurança com as figuras de vinculação. Quando isto não acontece, a vinculação não segura e a pobre regulação emocional correlacionam-se com trajetórias psicopatológicas e dificuldades de ajustamento ao longo da vida.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ainsworth, M. (1967). *Infancy in Uganda: infant care and the growth of love*. Johns Hopkins Press.
- Ainsworth, M., & Bowlby, J. (1991). An ethological approach to personality development. *American Psychologist*, 46(4), 333–341. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.46.4.333>
- Bar-Haim, Y., Dan, O., Eshel, Y., & Sagi-Schwartz, A. (2007). Predicting children's anxiety from early attachment relationships. *Journal of Anxiety Disorders*, 21(8), 1061–1068. <https://doi.org/10.1016/j.janxdis.2006.10.013>

- Bosquet E., Michelle & Egeland, Byron. (2006). The development and maintenance of anxiety symptoms from infancy through adolescence in a longitudinal sample. *Development and psychopathology*. <http://doi.org/18.517-50.10.1017/S0954579406060275>
- Bowlby, J. (1973). *Attachment and loss. Vol. 2: Separation: anxiety and anger*. New York, NY: Basic Books.
- Bowlby J. (1988). *A Secure Base. Parent-Child Attachment and Healthy Human Development*. Basic Books; New York, NY.
- Brown, G., & Harris, T. (1993). Aetiology of anxiety and depressive disorders in an inner-city population. 1. Early adversity. *Psychological Medicine*, 23(1), 143-154. <http://doi.org/10.1017/S0033291700038939>
- Cicchetti, D. (2006). Development and psychopathology. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.), *Developmental psychopathology: Theory and method* (pp. 1–23). John Wiley & Sons, Inc.
- Cummings, E. M., & Cicchetti, D. (1990). Toward a transactional model of relations between attachment and depression. In M. T. Greenberg, D. Cicchetti, & E. M. Cummings (Eds.), *Attachment in the preschool years: Theory, research, and intervention* (pp. 339–372). The University of Chicago Press.
- Dagan, O., Facompré, C. R., & Bernard, K. (2018). Adult attachment representations and depressive symptoms: A meta-analysis. *Journal of affective disorders*, 236, 274–290. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2018.04.091>
- Diamond L.M., Hicks A.M. Psychobiological Perspectives on Attachment: Implications for Health over the Lifespan. In: Rholes W.S., Simpson J.A., editors. *Adult Attachment: Theory, Research, and Clinical Implications*. Guilford Publications; New York, NY, USA: 2004. pp. 240–263
- Duggal, S., Carlson, E. A., Sroufe, L. A., & Egeland, B. (2001). Depressive symptomatology in childhood and adolescence. *Development and psychopathology*, 13(1), 143–164. <https://doi.org/10.1017/s0954579401001109>
- Fearon, R. P., Bakermans-Kranenburg, M. J., van Ijzendoorn, M. H., Lapsley, A. M., & Roisman, G. I. (2010). The significance of insecure attachment and disorganization in the development of children's externalizing behavior: a meta-analytic study. *Child development*, 81(2), 435–456. <https://doi.org/10.1111/j.1467-8624.2009.01405.x>
- Gross, J. J., Uusberg, H., & Uusberg, A. (2019). Mental illness and well-being: an affect regulation perspective. *World psychiatry : official journal of the World Psychiatric Association (WPA)*, 18(2), 130–139. <https://doi.org/10.1002/wps.20618>
- Higgins G.E., Jennings W.G., Mahoney M. (2010) Developmental Trajectories of Maternal and Paternal Attachment and Delinquency in Adolescence, *Deviant Behavior*, 31:7, 655-677, DOI: 10.1080/01639620903415851
- Holmes, J. (1993). Attachment Theory: A Biological Basis for Psychotherapy? *British Journal of Psychiatry*, 163(4), 430-438. doi: <https://doi.org/10.1192/bjp.163.4.430>
- Kerig, P., Ludlow, A., Wenar, C. (2012). *Developmental psychopathology: From infancy through adolescence*.
- Marvin, R., Cooper, G., Hoffman, K., & Powell, B. (2002). The Circle of Security project: attachment-based intervention with caregiver-pre-school child dyads. *Attachment & human development*, 4(1), 107–124. <https://doi.org/10.1080/14616730252982491>

- Meyer, B., & Pilkonis, P. A. (2001). Attachment style. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 38(4), 466–472. <https://doi.org/10.1037/0033-3204.38.4.466>
- Mikulincer, M., Shaver, P.R. & Pereg, D. (2003). Attachment Theory and Affect Regulation: The Dynamics, Development, and Cognitive Consequences of Attachment-Related Strategies. *Motivation and Emotion* 27, 77–102. <https://doi.org/10.1023/A:1024515519160>
- [Nickerson, A., Bryant, R. A., Aderka, I. M., Hinton, D. E., & Hofmann, S. G. \(2013\). The impacts of parental loss and adverse parenting on mental health: Findings from the National Comorbidity Survey-Replication. *Psychological Trauma: Theory, Research, Practice, and Policy*, 5\(2\), 119–127. <https://doi.org/10.1037/a0025695>](#)
- Ruiter, C., & Van Ijzendoorn, M. H. (1992). Agoraphobia and anxious-ambivalent attachment: An integrative review. *Journal of Anxiety Disorders*, 6(4), 365–381. [https://doi.org/10.1016/0887-6185\(92\)90006-S](https://doi.org/10.1016/0887-6185(92)90006-S)
- Santens, E., Claes, L., Dierckx, E., & Dom, G. (2020). Effortful Control - A Transdiagnostic Dimension Underlying Internalizing and Externalizing Psychopathology. *Neuropsychobiology*, 79(4-5), 255–269. <https://doi.org/10.1159/000506134>
- Spangler, G., & Zimmermann, P. (1999). Attachment representation and emotion regulation in adolescents: a psychobiological perspective on internal working models. *Attachment & human development*, 1(3), 270–290. <https://doi.org/10.1080/14616739900134151>
- Spruit, A., Goos, L., Weenink, N., Rodenburg, R., Niemeyer, H., Stams, G. J., & Colonesi, C. (2020). The Relation Between Attachment and Depression in Children and Adolescents: A Multilevel Meta-Analysis. *Clinical child and family psychology review*, 23(1), 54–69. <https://doi.org/10.1007/s10567-019-00299-9>
- Sroufe, L. A. (1997). Psychopathology as an outcome of development. *Development and Psychopathology*, 9(2), 251–268. <https://doi.org/10.1017/S0954579497002046>
- Stovall-McClough, Chase & Dozier, Mary. (2016). Attachment states of mind and psychopathology in adulthood.
- Takeuchi, H., Hiroe, T., Kanai, T., Morinobu, S., Kitamura, T., Takahashi, K. and Furukawa, T.A. (2003), Childhood parental separation experiences and depressive symptomatology in acute major depression. *Psychiatry and Clinical Neurosciences*, 57: 215-219. <https://doi.org/10.1046/j.1440-1819.2003.01103.x>
- Young, E. S., Simpson, J. A., Griskevicius, V., Huelsnitz, C. O., & Fleck, C. (2019). Childhood attachment and adult personality: A life history perspective. *Self and Identity*, 18(1), 22–38.

Impacto da formação Mais Contigo nos conhecimentos acerca dos comportamentos suicidários nos adolescentes

Maria Pedro Queiroz de Azevedo Erse¹; Rosa Simões²; Cândida Loureiro³; Jorge Façanha⁴; Helena Quaresma³; José Carlos Santos³

¹Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra- CRIP- Psiquiatria Forense Unidade Feminina

²Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra- HUC

³Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

⁴Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra- CRIP – Unidade de Psicose

RESUMO

Introdução: O suicídio representa a 4ª causa de morte na faixa etária dos 15 aos 29 anos. Os profissionais de saúde referem ter poucos conhecimentos, consideram as suas habilidades deficitárias e sem formação adequada para a gestão do risco de suicídio. A capacitação dos profissionais de saúde na área da suicidologia é considerada uma importante estratégia de prevenção ao suicídio atendendo a que, para além de reduzir o estigma, melhora a identificação da depressão e da ideação suicida e avaliação do risco de suicídio e a prestação de cuidados adequados (DGS,2013, WHO, 2021).

Método: Estudo quantitativo, quasi-experimental sem grupo de controlo. A amostra é não probabilística do tipo intencional, e é constituída por 162 profissionais dos cuidados de saúde primários, sendo que a média de idades é de 41,19 anos e em que 88,90% são do género feminino. Foi aplicado o Questionário sobre os comportamentos Suicidários nos Adolescentes – ASBQ versão portuguesa (Erse, 2019) antes e depois da formação. **Resultados:** Foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre o ASBQ e as variáveis género, profissão, contacto prévio com situações de suicídio e formação na área da prevenção do suicídio. Quanto ao impacto da formação constata-se que houve um aumento das médias do ASBQ na Fase1 para a Fase 2, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p < 0,05$). **Conclusão:** A formação foi eficaz ao promover a melhoria ao nível dos conhecimentos em relação ao comportamento suicidário nos adolescentes. Acredita-se que as mudanças ocorridas contribuem para a deteção precoce de adolescentes em risco de suicídio e para melhorar a sua referenciação para tratamento/acompanhamento adequados.

Palavras-Chave: Prevenção de comportamentos suicidários; Adolescentes; Formação; Conhecimentos

ABSTRACT

Introduction: Suicide is the 4th leading cause of death in the 15-29 age group. Health professionals report having little knowledge, consider their skills deficient and without adequate training for suicide risk management. The training of health professionals in

the area of suicide is considered an important suicide prevention strategy, as, in addition to reducing stigma, it improves the identification of depression and suicidal ideation and the assessment of suicide risk and the provision of care suitable (DGS, 2013, WHO, 2021). **Method:** Quantitative study, quasi-experimental without a control group. The sample is non-probabilistic, intentional, and consists of 162 primary health care professionals, with a mean age of 41.19 years and 88.90% female. The Questionnaire on Suicidal Behaviors in Adolescents - ASBQ Portuguese version (Erse, 2019) was applied before and after training. **Results:** Statistically significant differences were found between the ASBQ and the variables gender, profession, previous contact with suicide situations and training in the area of suicide prevention. As for the impact of training, it appears that there was an increase in the ASBQ averages in Phase 1 to Phase 2, this difference being statistically significant ($p < 0.05$). **Conclusion:** The training was effective in promoting an improvement in the level of knowledge regarding suicidal behavior in adolescents. It is believed that the changes that have occurred contribute to the early detection of adolescents at risk of suicide and to improve their referral for appropriate treatment/follow-up.

Key words: Prevention of suicidal behavior; Teenagers; Training; Knowledge

RESUMEN

Introducción: El suicidio es la cuarta causa principal de muerte en el grupo de edad de 15 a 29 años. Los profesionales de la salud refieren tener poco conocimiento, consideran sus habilidades deficientes y sin formación adecuada para la gestión del riesgo de suicidio. La formación de los profesionales sanitarios en el área del suicidio se considera una importante estrategia de prevención del suicidio, ya que, además de reducir el estigma, mejora la identificación de la depresión y la ideación suicida y la valoración del riesgo suicida y la prestación de cuidados adecuados. (DGS, 2013, OMS, 2021a). **Método:** Estudio cuantitativo, cuasi-experimental sin grupo control. La muestra es no probabilística, intencional y está compuesta por 162 profesionales de atención primaria de salud, con una edad media de 41,19 años y un 88,90% de sexo femenino. Se aplicó el Cuestionario sobre Comportamientos Suicidas en Adolescentes - ASBQ versión portuguesa (Erse, 2019) antes y después del entrenamiento. **Resultados:** Se encontraron diferencias estadísticamente significativas entre el ASBQ y las variables género, profesión, contacto previo con situaciones suicidas y formación en el área de prevención del suicidio. En cuanto al impacto del entrenamiento, parece que hubo un aumento en los promedios del ASBQ en la Fase 1 a la Fase 2, siendo esta diferencia estadísticamente significativa ($p < 0,05$). **Conclusión:** La capacitación fue efectiva para promover una mejora en el nivel de conocimiento sobre la conducta suicida en los adolescentes. Se cree que los cambios ocurridos contribuyen a la detección temprana

de adolescentes en riesgo de suicidio ya mejorar su derivación para el tratamiento/seguimiento adecuado.

Palabras clave: Prevención del comportamiento suicida; Adolescentes; Capacitación; Conocimiento

INTRODUÇÃO

A dimensão do suicídio constitui um importante problema social e de saúde pública e mental a nível mundial, com elevados custos humanos, sociais e económicos, pelo que a sua prevenção é entendida como uma tarefa global e prioritária (WHO, 2021).

O suicídio representa a 4ª causa de morte na faixa etária dos 15 aos 29 anos (WHO, 2021). Estes dados colocam em evidência que os adolescentes e jovens adultos representam um grupo de elevada vulnerabilidade para o suicídio em diversos países, nomeadamente em Portugal (DGS, 2013; Santos et al., 2021). De acordo com o INE (2021), no ano de 2019, em Portugal, a taxa de suicídio nos adolescentes dos 15 aos 24 anos foi de 3,4/100 mil habitantes, sendo 5,6 nos rapazes e 1,1 nas raparigas.

A evidência científica reforça que os atos suicidas e comportamentos autolesivos na adolescência estão significativamente relacionados com a existência de perturbação mental, sendo as mais frequentes a depressão, a ansiedade, o abuso ou dependência de substâncias e os comportamentos disruptivos (Santos et al, 2021; Solin et al., 2021; WHO, 2021).

Pode afirmar-se que os métodos mais efetivos na prevenção do suicídio resultam da sinergia de estratégias que permitam a identificação precoce e o correto tratamento das perturbações mentais pelos profissionais de saúde. Entre essas estratégias salientam-se: a melhoria dos procedimentos diagnósticos e subsequente deteção precoce e tratamento das perturbações mentais; a capacitação dos profissionais de saúde de conhecimentos e habilidades necessárias para identificar e gerir situações de risco de suicídio e a formação de porteiros sociais dirigida à comunidade e profissionais de saúde (DGS, 2013; Peixoto et al., 2014; Santos et al, 2021; WHO, 2021).

Um número significativo de pessoas que morrem por suicídio, procuraram os serviços de saúde antes de cometer o suicídio (Solin et al., 2021; Terpstra et al., 2018). Fatores de risco como a depressão, ansiedade e a ideação suicida passam frequentemente despercebidos aos profissionais dos cuidados de saúde primários (Piiksi, et al., 2020), dificuldades justificadas pela falta de experiência e de conhecimentos, poucas habilidades comunicacionais, estigma da doença mental e suicídio, ausência de apoio e supervisão no acompanhamento e intervenção com indivíduos suicidas e o escasso investimento na formação (Ahmed et al., 2021; Erbutto et al, 2021; Erse, 2019; Santos et al., 2021; Solin et al., 2021).

A capacitação dos profissionais de saúde na área da suicidologia é considerada uma importante estratégia de prevenção ao suicídio (DGS, 2013; WHO, 2021). Boukouvalas

et al. (2020) e Ferguson et al. (2018) concluíram nas suas revisões sistemáticas que, após a intervenção formativa, os profissionais de saúde foram capazes de aplicar os novos conhecimentos na prática clínica, assumindo-se mais conscientes do problema e mais competentes na gestão do risco de suicídio.

A necessidade de formação contínua e de treino de competências técnico-sociais em suicidologia tem sido amplamente defendida constituindo-se como orientações fundamentais para a prevenção do suicídio, a serem disseminadas, de forma sistematizada, em ambiente comunitário e hospitalar (Erse, 2019; Peixoto et al., 2014). Mediante o exposto, e no âmbito do Programa de Prevenção do Suicídio em Meio Escolar - Mais Contigo, que tem como entidades proponentes a Administração Regional de Saúde do Centro (ARSC, IP) e a Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC) e parcerias institucionais com a Direção Geral de Saúde através do Plano Nacional de Saúde Mental e o Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, EPE foram desenvolvidos cursos de formação destinados a profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários.

METODOLOGIA

Desenvolveu-se um estudo de natureza quasi-experimental, sem grupo de controlo, com os seguintes objetivos: - Verificar se existem diferenças de conhecimentos em relação ao comportamento suicidário, em função das variáveis género, grupo profissional, formação na área da prevenção do suicídio e contacto prévio com suicídio e - Avaliar o impacto da formação dirigida a profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários.

A formação foi ministrada em oito cursos de formação de 21 horas cada, durante o ano letivo 2018-2019, destinados a profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários, privilegiando os profissionais das equipas de saúde escolar. O curso de formação Mais Contigo encontra-se organizado em torno de três eixos temáticos: adolescência, depressão e comportamentos suicidários. Recorrendo a metodologia expositiva e ativa com o desenvolvimento de inúmeras dinâmicas, para além de conceitos e disponibilização da evidência científica existente sobre os conteúdos abordados, fomentam-se o debate e discussão sobre mitos, práticas e operacionalização do Programa Mais Contigo na comunidade educativa.

A amostra foi constituída por 201 profissionais de saúde pertencentes às ARS do Centro, Norte, Lisboa e Vale do Tejo, Alentejo e Algarve. Esses profissionais foram selecionados com base nos seguintes critérios de inclusão: motivação e interesse pela problemática da prevenção do suicídio, frequência no curso de formação com a equipa coordenadora do Programa e a inclusão do Programa Mais Contigo no Programa de Educação para a Saúde da Escola e Plano de Atividades da Equipa de Saúde Escolar.

O instrumento de recolha de dados foi composto por uma ficha de dados sociodemográficos e pelo Questionário Sobre os Comportamentos Suicidários nos Adolescentes – ASBQ versão portuguesa (Erse, 2019), e foi aplicado no início e no final do curso de formação Mais Contigo. Foram respeitados os aspetos éticos e legais no estudo, tendo sido solicitada a participação voluntária dos inquiridos, e assegurado o anonimato e confidencialidade dos dados.

O Questionário Sobre os Comportamentos Suicidários nos Adolescentes (Erse, 2019; Scouller & Smith, 2002) é um questionário multidimensional, composto por 41 itens, 19 dos quais invertidos, sobre a temática dos comportamentos suicidários nos adolescentes, distribuídos por 5 domínios distintos: Dados demográficos e estatísticos; Fatores de risco (que se divide nos sub-domínios: Tentativa anterior, Doença mental, Fatores cognitivos, e Fatores pessoais familiares e sociais); Fatores precipitantes; Sinais de alarme e Prevenção e Tratamento, com 5 opções de resposta (Concordo totalmente; Concordo; Não Sei; Discordo e Discordo totalmente). É um questionário de autopreenchimento e que mensura o conhecimento sobre os comportamentos suicidários nos adolescentes numa escala de resposta do tipo Likert de cinco pontos (respostas corretas - 2 pontos; respostas incorretas - 0 pontos e respostas indecisas - 1 ponto). A pontuação varia de zero a oitenta e dois pontos, sendo que uma pontuação mais alta corresponde a um maior conhecimento sobre comportamentos suicidários nos adolescentes.

RESULTADOS

Relativamente à caracterização da amostra, esta é constituída por um total de 201 indivíduos, sendo validados 162 questionários. Constatou-se que 88,9% são do género feminino, com uma média de idades de 41,19 anos e desvio padrão de 8,53, sendo a idade mínima de 19 anos e a idade máxima de 63 anos. No que respeita ao distrito de residência, verifica-se que a grande maioria (41,30%) são oriundos de distritos da zona do Norte. Quanto ao grupo profissional, verificou-se que a grande maioria eram enfermeiros (58,64%), o que vai ao encontro dos critérios de inclusão definidos. Relativamente à variável experiência profissional, destacam-se 29,63% com [15-20[anos. Quanto à variável formação na área da Prevenção do Suicídio, apenas 22,80% refere ter formação prévia. Dos inquiridos, 96 referem ter estado expostos a situações de suicídio (59,26%), destes 42,59% no contexto da comunidade.

Incidindo a análise da pontuação obtida no ASBQ Global, respeitante a Fase 1 (antes da formação) a média foi de 59,27, com um desvio padrão de 7,78, variando entre 29 e 75. Por domínios do ASBQ constata-se que o Domínio dos Dados Demográficos e

Estatísticos obteve uma média foi de 8,17 e um desvio padrão de 1,86; o domínio Fatores de Risco uma média de 24,23 e um desvio padrão de 4,34; o domínio Fatores de Precipitantes uma média de 6,02 e um desvio padrão de 1,74; o domínio Sinais de Alarme uma média de 10,30 e um desvio padrão de 1,99 e por fim o domínio Prevenção e Tratamento uma média de 9,60 e um desvio padrão de 1,77.

Em termos da análise inferencial, os resultados incidem sobre os conhecimentos em relação ao comportamento suicidário, em função das variáveis género, grupo profissional, contacto prévio com suicídio, formação na área da prevenção do suicídio e impacto da formação.

O género feminino apresenta média mais elevada ($M=61,20$) relativamente ao género masculino, verificando-se o mesmo ao nível dos domínios do ASBQ, com diferenças estatisticamente significativas no ASBQ Global e nos Domínios Fatores de Risco, Sinais de Alarme e Prevenção e Tratamento ($p<0,05$).

Os Psicólogos ($n=33$) têm maior conhecimento sobre comportamentos suicidas nos adolescentes ($M=63,20$), seguidos dos Médicos ($n=8$; $M=60,34$) e dos Enfermeiros ($n=95$; $M=59,40$). As diferenças encontradas foram estatisticamente significativas ao nível de conhecimento no ASBQ Global e em todos os domínios ($p<0,05$).

Os elementos da amostra que estiveram previamente expostos ao suicídio obtiveram médias mais elevadas no ABSQ Global e nos diferentes domínios ($M=60,59$) com diferenças estatisticamente significativas ($p<0,05$) no ASBQ Global e nos domínios Dados demográficos e Estatísticos, Fatores precipitantes e Sinais de Alarme ($p<0,05$).

Os elementos da amostra com formação prévia apresentaram médias do ASBQ Global mais elevadas ($M=62,05$). As médias mais elevadas foram encontradas não só no ASBQ Global, mas também em todos os domínios, com diferenças estatisticamente significativas ($p<0,05$) no ASBQ Global e no domínio Fatores de risco.

Analisando o impacto da formação (Tabela 1), constata-se pelo resultado das médias obtidas do ASBQ Global na Fase1 (antes da formação) e Fase 2 (após formação) um aumento das médias obtidas de 59,27 para 65,15, respetivamente, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p<0,05$). Na Fase 2, as médias mais elevadas foram também encontradas nos domínios Dados Demográficos e Estatísticos, Fatores de Risco, Fatores Precipitantes e Sinais de Alarme, contudo sem diferenças estatisticamente significativas.

Tabela 1 - Resultados da pontuação obtida no ASBQ e por domínios na Fase 1 e Fase 2.

	FASE1				FASE 2				t	p
	M	dp	Mn	Mx	M	dp	Mn	Mx		
n=162										
ASBQ Global	59,27	7,78	29	75	65,15	5,91	43	80	7,60	0,000
Domínios Dados Demográficos e Estatísticos	8,17	1,86	2	14	8,92	2,01	4	14		
Fatores de risco	24,23	4,34	6	34	27,92	4,11	16	34		
Fatores Precipitantes	6,02	1,74	0	8	6,30	1,24	2	8		
Sinais de Alarme	10,30	1,99	6	14	11,98	1,68	7	14		
Prevenção e Tratamento	9,60	1,77	4	12	9,14	1,53	4	12		

DISCUSSÃO

Na Fase 1 constatou-se que a média obtida no ASBQ Global foi de 59,27. No estudo realizado por Erse (2019), que envolveu um processo de tradução, adaptação cultural e validação do ASBQ para a população portuguesa, com uma amostra não probabilística do tipo acidental de 842 indivíduos, a pontuação obtida no ASBQ Global foi de 54,64, revelando menores conhecimentos sobre os comportamentos suicidários. Os resultados encontrados vão ao encontro de outros estudos, que evidenciam que o nível de conhecimentos entre os profissionais de saúde é superior quando comparado com outros profissionais da comunidade (Coppens et al., 2018; Terpstra et al., 2018).

O género feminino apresenta médias mais elevadas no ASBQ global e nos diferentes domínios, com diferenças estatisticamente significativas. Alguns estudos reforçam que o género feminino está melhor informado, apresenta crenças e atitudes mais adequadas em relação aos suicidas e estão mais disponíveis para intervir do que o género masculino (Burnette et al., 2015; Erse, 2019).

Neste estudo os Psicólogos são quem apresenta maior conhecimento sobre comportamentos suicidários. Outros estudos suportam a existência de diferentes níveis de conhecimento acerca do suicídio entre os profissionais de saúde (Erse, 2019; Graham et al., 2011).

Os elementos da amostra que estiveram previamente expostos ao suicídio obtiveram médias mais elevadas no ASBQ (M=60,59), com diferenças estatisticamente significativas ($p < 0,05$). Alguns estudos reforçam esta associação, os profissionais de saúde com contacto prévio com indivíduos com conduta suicidária, demonstram ter mais conhecimentos sobre suicídio, melhores habilidades na gestão do risco de suicídio e mais predispostos para realizar formação acrescida na área da suicidologia (Erbutto et al., 2021; Erse, 2019).

Em relação à variável formação na área da prevenção do suicídio, constataram-se médias do ASBQ Global mais elevadas entre os elementos da amostra com formação prévia ($M=62,05$). As médias mais elevadas foram encontradas não só no ASBQ Global, mas também em todos os domínios e subdomínios, com diferenças estatisticamente significativas ($p<0,05$) no ASBQ Global e no domínio Fatores de risco. Resultados semelhantes foram encontrados no estudo de Erse (2019).

Paralelamente e incidindo sobre ao impacto da formação constata-se que da Fase1 e Fase 2 houve um aumento das médias obtidas no ASBQ Global de 59,27 para 65,15, respetivamente, sendo esta diferença estatisticamente significativa ($p<0,05$). Na Fase 2, as médias mais elevadas foram também encontradas nos domínios Dados Demográficos e Estatísticos, Fatores de Risco, Fatores Precipitantes e Sinais de Alarme, contudo sem diferenças estatisticamente significativas.

Vários estudos evidenciam que os resultados obtidos através da formação revelam efetividade ao nível da melhoria do conhecimento, da modificação de atitudes e na melhoria das estratégias de intervenção e de referenciação para os serviços de saúde (Erbuto et al., 2021; Graham et al., 2011). Alguns com resultados de melhoria ao 3º e 6º mês após a formação (Coppens et al., 2018). Kishi et al. (2014) salientam que os enfermeiros que trabalham em contextos psiquiátricos e com formação prévia revelam mais conhecimentos, mais confiança e atitudes mais positivas perante o indivíduo suicida. Também Santos et al. (2014), no âmbito do Programa Mais Contigo, com uma amostra constituída por 66 profissionais das equipas de saúde escolar de Agrupamentos de Centros de Saúde da ARS do Centro, sendo 85% enfermeiros, encontrou resultados que sugerem que a formação foi eficaz, traduzida por atitudes mais positivas em relação ao comportamento suicidário e na melhoria de conhecimentos.

CONCLUSÃO

A inequívoca evidência do escasso investimento na formação e treino dos profissionais de saúde na área da suicidologia, e particularmente dos cuidados de saúde primários, expressos pela falta de conhecimentos, pelo estigma em relação ao suicídio e doença mental, habilidades e confiança deficitárias, compromete a correta avaliação de risco e o adequado atendimento e referenciação de indivíduos em risco de suicídio.

A investigação desenvolvida avaliou o impacto da formação Mais Contigo dirigida a profissionais de saúde dos Cuidados de Saúde Primários e concluiu-se que a formação foi eficaz ao promover a melhoria ao nível dos conhecimentos em relação ao comportamento suicidário nos adolescentes. Acredita-se que as mudanças ocorridas contribuem para a deteção precoce de adolescentes em risco de suicídio e para melhorar a sua referenciação para tratamento/acompanhamento adequados.

Mediante estes resultados, defende-se, e tendo em conta as diretrizes internacionais e nacionais, que a formação e treino de competências técnico-sociais em suicidologia

devem ser disseminados, de forma sistematizada, em ambientes comunitário e hospitalar, a todos os profissionais de saúde.

Este estudo apresenta algumas limitações metodológicas, das quais se destaca o método de amostragem não probabilístico, que nos pareceu inevitável, mediante os critérios de inclusão definidos e dada a necessidade de preparar os profissionais para constituírem a equipa local Mais Contigo e implementarem o Programa de Prevenção do Suicídio em Meio Escolar Mais Contigo. Considera-se, ainda, como limitação metodológica a ausência de grupo de controle e de *follow-up*. Essas opções foram tomadas de forma consciente e considerando que todos os profissionais de saúde que frequentaram o curso de formação Mais Contigo aderiram ao projeto e, conseqüentemente, passaram a ter articulação estreita e acompanhamento pela equipa coordenadora Mais Contigo, podendo esse facto interferir com o impacto da formação e com a avaliação em longo prazo.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

Tendo em conta a efetividade do programa apresentado, urge a necessidade de haver mais cursos semelhantes visando o aumento do conhecimento em torno dos comportamentos suicidários específicos para populações alvo (porteiros sociais, profissionais da saúde) e contextos específicos (escola, comunidade).

Outra sugestão é que sejam contemplados nestes programas de formação na área da prevenção do suicídio *follow-ups* formativos, que permitam uma atualização de conhecimentos e a melhoria contínua de capacidade e competências nesta área.

Além do referido julga-se pertinente que se adotem, nos vários contextos de prevenção do suicídio, orientações nacionais e internacionais como as que constam do Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (2013-2017), no Guia Orientador de Boas Práticas para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária (OE, 2012) e Relatório da OMS para a Prevenção do Suicídio (WHO, 2021).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Ahmed, N., Barlow, S., Reynolds, L., Drey, N., Begum, F., Tuudah, E., & Simpson, A. (2021). Mental health professionals' perceived barriers and enablers to shared decision making in risk assessment and risk management: a qualitative systematic review. *BMC Psychiatry*, 21(594). <https://doi.org/10.1186/s12888-021-03304-0>
- Boukouvalas, E., El-Den, S., Murphy, A., Salvador-Carulla, L., & O'Reilly, C. (2020) Exploring Health Care Professionals' Knowledge of, Attitudes Towards, and Confidence in Caring for People at Risk of Suicide: a Systematic Review. *Archives of Suicide Research*, 24(2), 1-31. <https://doi.org/10.1080/13811118.2019.1586608>
- Burnette, C., Ramchand, R., & Ayer, L. (2015). Gatekeeper Training for Suicide Prevention: A Theoretical Model and Review of the Empirical Literature. *Rand Health Quarterly*, 5(1), 16. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5158249/>

- Coppens, E., Van Audenhove, C., Gusmão, R., Purebl, G., Székely, A., Maxwell, M., ... (2018). Effectiveness of General Practitioner training to improve suicide awareness and knowledge and skills towards depression. *Journal of Affective Disorders*, 227, 17-23. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2017.09.039>
- Direção Geral de Saúde. (2013). *Programa Nacional para a Saúde Mental - Plano Nacional de Prevenção do Suicídio (2013/2017)*. <http://www.portaldasauade.pt/NR/rdonlyres/BCA196AB-74F4-472B-B21E-6386D4C7A9CB/0/i018789.pdf>
- Erbuto, D., Berardelli, I., Sarubbi, S., Rogante, E., Sparagna, A., Nigrelli, G., ... Pompili, M. (2021). Suicide-Related Knowledge and Attitudes among a Sample of Mental Health Professionals. *Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(16). doi: 10.3390/ijerph18168296
- Erse, M. (2019). *Comportamentos suicidários nos adolescentes – Contributos para a validação do Adolescent Suicide Behaviour Questionnaire (ASBQ) para a população portuguesa*. (Dissertação de mestrado, Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Portugal).
- Erse, M., Simões, R., Façanha, J., Marques, L., Loureiro, C., Matos, M., & Santos, J., (2016). Depressão em adolescentes em meio escolar: Projeto + Contigo. *Revista de Enfermagem Referência*, 9(4), 37 – 44.
- Ferguson, M., Reis, J., Rabbetts, L., Ashby, H-J., Bayes, M., McCracken, ... Procter, N. (2018). The effectiveness of suicide prevention education programs for nurses: A systematic review. *Crisis*, 39(2), 96-109. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000479>
- Graham, R., Rudd, M., & Bryan, C. (2011). Primary care providers' views regarding assessing and treating suicidal patients. *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 41(6), 614–623. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.2011.00058.x>
- Instituto Nacional de Estatística. (2021). *Taxa de mortalidade por lesões autoprovocadas intencionalmente (suicídio) por 100 000 habitantes (N.º) por Local de residência (NUTS - 2013), Sexo e Grupo etário; Anual*. https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_indicadores&indOcorrCod=0003736&contexto=bd&selTab=tab2
- Kishi, Y., Otsuka, K., Akiyama, K., Yamada, T., Sakamoto, Y., Yanagisawa, Y., ... Thurber, S. (2014). Effects of a training workshop on suicide prevention among emergency room nurses. *Crisis*, 35(5), 357–361. doi:10.1027/0227-5910/a000268
- Ordem dos Enfermeiros. (2012). *Guia Orientador de Boas Práticas Para a Prevenção de Sintomatologia Depressiva e Comportamentos da Esfera Suicidária* (1ª ed.) Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros
- Peixoto, B., Saraiva, C., Sampaio, D., Santos, J., & Santos, J. (2014). Estudo e formação em Suicidologia. In C. B. Saraiva, B. Peixoto & D. Sampaio (Eds.), *Suicídio e Comportamentos Autolesivos – Dos conceitos à prática clínica* (pp. 531- 539). Lidel.
- Piiksi, M., Brekke, M., Ruud, T., & Haavet, O.R. (2020). Prevalence and distribution of psychological diagnoses and related frequency of consultations in Norwegian urban general practice. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 38(2), 124 - 131.
- Santos, J. C., Erse, M. P., Simões, R. P., Façanha, J. N., Marques, L. A., Matos, M. E., Loureiro, C. R., & Quaresma, M. H. (2021). *Mais Contigo 2021 - Promoção da saúde mental e prevenção*

de comportamentos suicidários na comunidade educativa. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).

Santos, J., Simões, R., Erse, M., Façanha, J., & Marques, L. (2014). Impacto da formação + Contigo nos conhecimentos e atitudes dos profissionais de saúde acerca do suicídio. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(4), 679 - 684

Scouller, K., & Smith, D. (2002). Prevention of youth suicide: How well informed are the potential gatekeepers of adolescents in distress? *Suicide and Life-Threatening Behavior*, 32, 67-69.

Solin, P., Tamminen, N., & Partonen, T. (2021). Suicide prevention training: self-perceived competence among primary healthcare professionals. *Scandinavian Journal of Primary Health Care*, 39(3), 332–338. <https://doi.org/10.1080/02813432.2021.1958462>

Terpstra, S., Beekman, A., Abbing, J., Jaken, S., Steendam, M. & Gilissen, R. (2018). Suicide prevention gatekeeper training in the Netherlands improves gatekeeper's knowledge of suicide prevention and their confidence to discuss suicidality, an observational study. *BMC Public Health*, 18(637). <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5512-8>

World Health Organization. (2021a). *Live life: an implementation guide for suicide prevention in countries*. World Health Organization.

A Sistematização da Assistência de Enfermagem na saúde mental

Cândida Lisiê Fernandes Cosme*, **Rafael Vieira Braga da Silva****, **Beatriz de Oliveira Barbosa dos Santos*****, **Taís Veronica Cardoso Vernaglia******, & **Danielle Galdino de Paula*******

*Mestranda do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Tecnologia no Espaço Hospitalar-PPGSTEH; Enfermeira; Centro de Atenção Psicossocial CAPS II; Rua paraná número 166, Boa Vista – RR. Brasil. 69305570. E-mail: candidalisie@hotmail.com

**Bacharel em Enfermagem; Rua Conde de Bonfim, 579/401. Tijuca. Rio de Janeiro - RJ. Brasil 20520-052. E-mail: rafaelbraga@edu.unirio.br

***Bacharel em Enfermagem; Rua Engenheiro Coriolano Goes 61 Fundos. Vila da Penha; Rio de Janeiro - RJ. Brasil 21210-750. E-mail: biasantos@edu.unirio.br

**** Doutor em Saúde Mental; Enfermeiro; Professor Adjunto, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica (DEMC), Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP), Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), R. Dr. Xavier Sigaud, 290 - Urca, 22290-180, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: tais.vernaglia@unirio.br

***** Grau Acadêmico; Título Profissional; Cargo Atual e Instituição (ex.: Universidade, Escola, Departamento), Código Postal e Cidade, País. E-mail: danielle.paula@unirio.br

RESUMO

CONTEXTO: A reabilitação psicossocial é um processo dinâmico de transformação para os dependentes químicos e seus familiares. Entendemos que o enfermeiro tem na Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) todos os recursos para direcionar esse cuidado (COFEN, 2009). **OBJETIVO(S):** Identificar a percepção dos profissionais sobre os processos de enfermagem e analisar como a SAE é utilizada nos dispositivos de saúde mental álcool e outras drogas. **MÉTODOS:** Estudo qualitativo, descritivo sobre o processo de enfermagem desenvolvido no CAPS, no município do Rio de Janeiro. Aplicou-se a análise de conteúdo para sete realizadas (Minayo, 2014). **RESULTADOS:** Identificou-se que o enfermeiro tem dificuldades para aplicar a SAE na sua prática clínica. Se referencial é de um cuidado multiprofissional direcionado as questões psíquicas dos usuários. Todavia reconhecem que o olhar para o corpo é uma atribuição específica do enfermeiro. **CONCLUSÕES:** As questões direcionadas as dificuldades de aplicação da SAE no contexto da saúde mental apontam a necessidade de suporte teórico e prático para que as equipes de enfermagem possam de fato utilizá-la em sua prática clínica nos CAPS.

Palavras-Chave: Saúde Mental; Transtornos Mentais; Assistentes de Enfermagem.

ABSTRACT

BACKGROUND: Psychosocial rehabilitation is a dynamic process of transformation for drug addicts and their families. We understand that nurses have in the Nursing Care Systematization (SAE) all the resources to direct care (COFEN, 2009). **AIM:** Identify the perception of professionals about nursing processes and analyze how the SAE is used in mental health devices, alcohol and drugs. **METHODS:** Qualitative, descriptive study, about nursing process developed at CAPS, in the city of Rio de Janeiro. Thematic content analysis was conducted based on seven interviews (Minayo, 2014). **RESULTS:** It was identified that nurses have difficulties to apply SAE in their clinical practice. If reference is of a multiprofessional care directed to the psychic questions of the users. However, they recognize that looking at the body is a specific nurse's attribution. **CONCLUSIONS:** There are difficulties of applying the SAE in the context of mental health based on the need for theoretical and practical support directed to CAPS specific clinical practice.

Keywords: Mental health; Mental Disorders; Nursing Assistants

RESUMEN

CONTEXTO: La rehabilitación psicosocial es un proceso dinámico de transformación para los adictos a las drogas y sus familias. Entendemos que los enfermeros tienen en la Sistematización de la Atención de Enfermería (SAE) todos los recursos para la atención directa (COFEN, 2009). **OBJETIVO(S):** Identificar la percepción de los profesionales sobre los procesos de enfermería y analizar cómo se utiliza el SAE en dispositivos de salud mental, alcohol y drogas. **METODOLOGÍA:** Estudio cualitativo, descriptivo sobre el proceso de enfermería desarrollado en el CAPS, en la ciudad de Rio de Janeiro. Se aplicó análisis de contenido a siete realizados (Minayo, 2014). **RESULTADOS:** Se identificó que los enfermeros tienen dificultades para aplicar SAE em supráctica clínica. Si se trata de una atención multiprofesional dirigida a las cuestiones psíquicas de los usuarios. Sin embargo, reconocen que mirar el cuerpo es una atribución específica del enfermero. **CONCLUSIONES:** Las preguntas dirigidas a las dificultades de aplicación de la SAE en el contexto de la salud mental apuntan para la necesidad de apoyo teórico y práctico para que los equipos de enfermería puedan efectivamente utilizarla en su práctica clínica en el CAPS.

Palabras Clave: Salud mental; Desordenes mentales; Auxiliares de enfermería.

INTRODUÇÃO

A saúde mental da população constitui um grave problema de saúde pública. Pessoas com transtornos mentais apresentam altas taxas de incapacidade e mortalidade. A carga global de doença (Global Burden Disease - GBD) associada às doenças mentais tem sofrido aumento nos últimos anos, sendo responsável por 32,4% dos anos de vida

perdidos por incapacidades (Years Lived with Disability - YLDs) e 13% de anos de vida ajustados por incapacidade (Disability-Adjusted Life Year - DALY) (VIGO; THORNICROFT; ATUN, 2016). No Brasil, 12% da população necessita de algum atendimento na rede de saúde mental e 3% sofrem de transtornos mentais graves e crônicos (TMC). Na população idosa, a prevalência de TMC é de 55,8% e está fortemente relacionada às dimensões do humor depressivo (SILVA, 2019).

A política de saúde mental no Brasil passou por profundas mudanças no seu modelo de atenção (SILVA, 2019). Nas últimas décadas, o modelo hospitalocêntrico foi substituído pelo comunitário, alicerçado em uma rede integrada de cuidados (ALMEIDA, 2019). Neste processo, recursos financeiros foram realocados, permitindo a implementação de serviços substitutivos. Todavia, a política em vigor, tem indicado retrocessos e contracensos retomando esforço de manutenção de um modelo hospitalocêntrico (ALMEIDA, 2019).

Associado a esta problemática, a Organização Mundial de Saúde (OMS) sinalizou que a escassez de profissionais habilitados para trabalhar na saúde mental tem se tornado um problema mundial. Ela indica que apenas 1% dos profissionais da saúde trabalham na saúde mental, dentre estes 40-50% da força de trabalho é composta por enfermeiros (WHO, 2017).

Neste cenário, o enfermeiro atua como agente político fortalecendo os princípios e os parâmetros que regem a atenção psicossocial. Sua atuação científica se baseia na projeção e manutenção do cuidado fundamentado na Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, uma metodologia usada para organizar e realizar a assistência orientada por princípios científicos. Todavia, apesar de conhecerem a SAE, não a praticam de forma disseminada e frequente no país, pois alegam falta de tempo e difícil compreensão (FRAGA, 2020). Desta forma, este estudo se propôs a identificar e compreender como os enfermeiros de uma unidade de atenção à saúde mental de base territorial utilizam a SAE na sua prática clínica.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo qualitativo, descritivo, que utilizou entrevistas semi-estruturadas com nove profissionais da enfermagem que trabalham em uma unidade de atenção em saúde mental do Rio de Janeiro (acrônimo CAPSad III) no mês de março de ano de 2021.

Os profissionais incluídos no estudo foram sete enfermeiros e dois técnicos de enfermagem que prestavam assistência direta as pessoas atendidas no CAPS. Foram excluídos os profissionais que possuíam menos de 3 meses de trabalho na unidade.

O local da coleta de dados foi o CAPSad III que atende em média 20 usuários por dia na forma ambulatorial e conta com 8 leitos para acolhimento noturno ativos (o número está reduzido devido a pandemia de COVID-19).

Foi realizada análise qualitativa dos relatos dos profissionais que atuam no campo da saúde mental e psiquiatria, suas crenças, valores e as formas de intervenção sobre o processo de enfermagem. As entrevistas foram gravadas e submetidas às etapas da análise de temática (MINAYO, 2014). A saber: 1 - ordenação dos dados, a saber: transcrição das gravações, releitura do material, organização dos dados; 2 - classificação dos dados em categorias, destacando as estruturas relevantes contidas nas falas; 3 - análise final, estabelecendo as articulações entre os dados e os referenciais teóricos da pesquisa, respondendo às questões com base em seus objetivos. As categorias são: As funções da enfermagem, o processo de enfermagem, a utilização da SAE e a Resolução 358/2009 do COFEN. Este projeto foi submetido à Comissão de Ética da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro e aprovado (CAAE: 28427220.9.0000.5285 Parecer: 3.842.437).

RESULTADOS

Pelas narrativas dos participantes observou-se que os entrevistados possuem atribuições centradas na figura do enfermeiro e outras compartilhadas com a equipe multiprofissional.

O profissional de enfermagem que atua em um CAPS tem o seu trabalho direcionado as esferas da assistência clínica e psíquica direta ao usuário, bem como à gerência do cuidado na unidade.

Segundo os profissionais entrevistados, percebe-se como uma atribuição específica do enfermeiro que o diferencia de outras categorias o cuidado holístico. Como expressou um dos entrevistados, este é um olhar que identifica para além das demandas psíquicas e inclui aquelas centradas no corpo: “o usuário demanda muita atenção e olhar pro corpo, então o enfermeiro tem como função cuidados clínicos, atenção ao trabalho do técnico de enfermagem, eu costumo dizer: ‘só o enfermeiro que olha pro corpo de fato, né?!’” (Participante E09).

Uma outra característica diferenciadora das ações do enfermeiro em comparação com as demais categorias profissionais é o regime de trabalho. O plantão noturno nesta unidade é composto apenas por profissionais da enfermagem como expressou um dos participantes “(...) o enfermeiro também fica responsável pelo plantão noturno que é o acolhimento noturno” (Participante E01).

Existem também atribuições que são realizadas em conjunto com equipe do CAPS, estas envolvem o “acolhimento inicial dos usuários e o acompanhamento de casos em conjunto com a equipe ‘multi’” (Participante E09). Uma equipe multidisciplinar composta por: médicos, enfermeiros, psicólogos, assistente social, farmacêutico, artistas e terapeutas.

Neste cenário multiprofissional, o processo de enfermagem é uma importante ferramenta para a profissão. Todavia, percebe-se no relato dos enfermeiros que a

aplicação deste processo se faz de forma diferenciada de outras instituições de saúde. Segundo os enfermeiros o trabalho é realizado com protocolos próprios elaborados conforme a demanda da unidade. Para eles, o Projeto Terapêutico Singular (PTS) seria a principal ferramenta norteadora para a construção do processo de enfermagem, sendo o objeto de intervenção que norteia os cuidados com o usuário.

Neste caso, o trabalho “multi” parece se sobressair às especificidades da profissão como relatou um dos entrevistados: “o que eu utilizo não são os referenciais clássicos da enfermagem, (...) a minha pegada de trabalho ela é muito mais no lugar multidisciplinaridade dos atendimentos do que propriamente como enfermeira clássica, disciplinar, não organizacional” (Participante E03).

Neste sentido, os enfermeiros alegaram que a não utilização ocorreu devido a dificuldade em aplicar a sistematização para um trabalho que nestas unidades que prevalecem as características da multidisciplinaridade. Nas falas haviam uma certa ideia de contrassenso entre a proposta de de uma sistematização da assistência direcionadas as questões subjetivas que perpassam a atenção em unidades de saúde mental. Identifica-se nas falas que parece não haver protocolo para cuidar dos sentimentos, conforme relato: “Eu continuo achando que não há uma sistematização possível, (...) existem protocolos que são fundamentais para o cuidado com o corpo, protocolo para cuidar da cabeça, do sentimento, da relação abusiva com a droga, não existe porque não é possível” (Participante E09).

Neste sentido, o PTS que foi indicado como ferramenta capaz de suprir as necessidades de condução sistematizada multiprofissional na clínica da saúde mental. Percebe-se, nas falas a seguir, que os profissionais de enfermagem desconsideram a SAE como um instrumento capaz de atender a demanda institucional, já que, segundo os mesmos, ela possui caráter biomédico contrapondo-se à singularidade dos usuários atendidos na clínica da saúde mental.

Essa foi uma importante justificativa que indicou certa medida de resistência em sua aplicabilidade, incluindo diagnósticos de enfermagem e o uso da taxonomia de NANDA, conforme relatado por um dos entrevistados: “Eu acho que a SAE ela é criada e construída, para sustentar uma coisa meio igual de cuidado, respeitando técnicas e o olhar pro paciente”. Este mesmo entrevistado justifica onde seria melhor aplicado, por assim dizer: “acho que tem lugares que faz sentido, como o hospital geral você tem uma sistematização do cuidado você diz como os andares vão funcionar, mas ainda assim é importante você olhar para o singular.” (Participante E09)

Uma outra justificativa relaciona-se ao fato que serviços onde a gestão do cuidado de enfermagem não é feita pela supervisão direta dos enfermeiros. Este é um fato que dificulta sustentar do ponto de vista científico e o entendimento sobre a importância do uso da SAE. Assim referiu um dos entrevistados: “(...) aqui no CAPS as coisas fogem

um pouco dessa sistematização (...) o CAPS inclusive por ter muitas vezes, na gestão aqui (...) são psicólogos e, aí eu acho que pode ficar de difícil entendimento” (Participante E01)

Os entrevistados não acreditam na eficácia da SAE na saúde mental, pois, a sistematização não se dá no subjetivo, na escuta individual, além de focar apenas na patologia física e ser de competência exclusiva do enfermeiro, não abrangendo a equipe multidisciplinar.

DISCUSSÃO

Os resultados evidenciaram que a equipe de enfermagem não utiliza a sistematização conforme regulamentação dos conselhos do Brasil (COFEN, 2009). A despeito das atribuições do enfermeiro na saúde mental, segundo Almeida (2020), as ações do núcleo da profissão, ainda necessita de estudos para sua delimitação dentro do serviço dos CAPS, pois como observado na pesquisa, os profissionais relatam ter várias atribuições específicas e aquelas compartilhadas com a equipe. Para este mesmo autor, o que dificulta utilizara SAE neste contexto é a falta de prever e planejar das ações que perpassam pelo campo do subjetivo (ALMEIDA, 2020).

No CAPS, o enfermeiro possui atribuições desde o atendimento ao usuário, como também atividades terapêuticas individuais ou em grupo, acolhimento ao indivíduo e família, tarefas de gerenciamento, entre outras, e, para tais ações, é necessário o uso da sistematização das tarefas do enfermeiro, pois, esta permite maior credibilidade em suas ações (ASSIS, 2017).

Ainda na realidade dos CAPS, Jafelice (2018) verificou em sua pesquisa em 9 unidades de CAPS de São Paulo que existem dificuldades no desempenho de práticas multiprofissionais, que, por vezes são transformadas em um conjunto de profissionais sob uma demanda médica. Dessa maneira, observa-se a multidisciplinariedade como um desafio para a prática de enfermagem com aplicação da SAE, já que são diversos profissionais que executam um único planejamento terapêutico através do PTS.

Nossos resultados demonstram que na unidade de atenção em saúde mental praticamente não existe atribuições específicas dos enfermeiros e que a maioria delas são subjetivas e compartilhadas com a equipe, dentre elas o olhar holístico sobre o sujeito sendo esse um referencial de cuidado para a enfermagem. Isso corrobora com outros estudos que trataram sobre o discurso dos profissionais e a não se aplicabilidade da SAE em um serviço como do CAPS (JAFELICE, 2018).

Ainda outros discutem que o exceto de funções atribuídas ao enfermeiro dificultaria a utilização da SAE. Para Silva (2020) o enfermeiro atua como responsável, junto com a equipe multidisciplinar, por se organizar no acolhimento dos usuários, desenvolver os PTS, trabalhar nas atividades de reabilitação psicossocial, estar presente nos espaços

de convivência do serviço, além de resolver problemas imprevistos e outras situações que requerem providências imediatas (SILVA, 2020).

Para um cuidado eficiente o uso das teorias na enfermagem é fundamental, pois busca a autonomia e delimitação de sua atuação profissional que fomenta conhecer a natureza e construir a identidade da enfermagem (SILVA, 2020). Os profissionais entrevistados entendem que a assistência em saúde mental deve estar direcionada às singularidades e as necessidades dos usuários, sendo o PTS a ferramenta norteadora que melhor supriria essa necessidade no contexto multidisciplinar. Outras pesquisas reconhecem que o PTS atenderia a demanda gerada pelo serviço (JAFELICE, 2018).

Segundo Silva (2020) existe uma complexidade na aplicação da SAE na saúde mental, pois os profissionais relatam que a mesma é direcionada ao cenário hospitalar, não sendo compatível com a realidade de um CAPS, o que se aproxima da fala dos nossos entrevistados. Para este mesmo autor, os profissionais alegam dificuldade quanto ao registro, mas reconhecem a necessidade de documentar e organizar os cuidados promovidos (SILVA, 2020).

Sabe-se ainda que a atuação do enfermeiro se estende além dos serviços hospitalares e a utilização da SAE na prestação do cuidado é fundamental para uma tomada de decisões assertivas de acordo com a necessidade do paciente. Sendo a utilização dessa ferramenta imprescindível para uma prática eficaz da enfermagem na psiquiatria e atendendo a resolução COFEN 358/2009 (CAFÉ, 2020).

A SAE é um processo que implica na definição da natureza e o tipo de trabalho a ser realizado com uma base teórico-filosófica, tipo de profissional, técnicas, procedimentos, métodos, materiais para a promoção do cuidado, sendo assim indispensável sua utilização. Assim a SAE é um método de trabalho que garante assistência individualizada ou também multiprofissional (SILVA, 2020).

CONCLUSÃO

As questões direcionadas a dificuldade de alicação da SAE no contexto da saúde mental apontam a necessidade de suporte teórico e prático para que as equipes de enfermagem possam de fato utilizá-la na sua prática clínica nos CAPS. Ressaltasse a importância da formação profissional de modo a garantir a integralidade do cuidado prestado., que se coadunem a Política Nacional de Saúde Mental e as bases teóricas da enfermagem.

Recomenda-se que estudos que versem sobre protocolos da SAE no campo da saúde mental possam incluir a questão da subjetividade e as especificidades da clínica voltada para pessoas com problemas com o álcool e outras drogas.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

Verifica-se a necessidade de adequação da sistematização da assistência de enfermagem à saúde mental, direcionado a um contexto extra-hospitalar, adequando-

se assim à subjetividade da prática assistencial necessária aos CAPS. Desta forma, será possível propor ferramentas capazes de suprir de forma mais eficiente o serviço prestado por esses profissionais na execução do processo de enfermagem e possibilitar a reflexão por parte dos enfermeiros sobre a importância da utilização da SAE em serviços de saúde mental.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Almeida, J. M. C. (2019). Política de saúde mental no Brasil: o que está em jogo nas mudanças em curso. *Cad. Saúde Pública*, 35(11), e00129519. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00129519>
- Assis, V. K. B., Cruz, K. D., Nascimento, A. C. A., Neto, C. M. S., & Martins, M. D. C. V. (2017, 9-12 de maio). Sistematização da Assistência de Enfermagem no Centro de Atenção Psicossocial: uma Revisão de Literatura. Congresso Internacional de Enfermagem. <https://eventos.set.edu.br/cie/article/view/5801>
- Café, L. A., Silva, E. C., Silva, N. C. D. L., Souza, L. N., & Silva, A. D. (2020). A atuação do enfermeiro na saúde mental. *Revista Artigos.Com*, 21, e5016. <https://acervomais.com.br/index.php/artigos/article/view/5016>
- COFEN - Resolução Cofen nº 358/2009: Dispõe sobre a Sistematização da Assistência de Enfermagem e a implementação do Processo de Enfermagem em ambientes, públicos ou privados, em que ocorre o cuidado profissional de Enfermagem. Recuperado em 21 de setembro de 2019, de http://www.cofen.gov.br/resolucao-COFEN-3582009_4384.html
- Duarte, M. V. G., Barros, G. S., & Cabral, B. E. B. (2020). Uso de drogas e cuidado ofertado na Raps: o que pensa quem usa?. *Saúde Debate*, 44(127), 1151-1163. <https://doi.org/10.1590/0103-1104202012715>
- Macedo, J. P., Abreu, M. M., Fontenele, M. G., & Dimenstein, M. (2017). A regionalização da saúde mental e os novos desafios da Reforma Psiquiátrica brasileira. *Saúde e Sociedade*, 26(1), 155–170. <https://doi.org/10.1590/s0104-12902017165827>
- Mesquita, L. M. F., & Tavares, C. M. M. (2020). Sistematização da Assistência de Enfermagem em Saúde Mental na Atenção Básica: Revisão Integrativa da Literatura. *Revista Enfermagem Atual In Derme*, 91(29), 124-130. <https://doi.org/10.31011/reaid-2020-v.91-n.29-art.82>
- Minayo, M. C. S., Deslandes, S. F., & Gomes, R. (1993). Pesquisa social: teoria, método e criatividade. Vozes.
- Minayo, M. C. S. Técnicas de pesquisa: entrevista como técnica empresa de comunicação. In M. C. S. Minayo (Ed.), *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (12. Ed., pp. 261-297). Hucitec.
- Minayo M. C. S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde*. (14. ed.). Hucitec.
- Onocko-Campos, R. T. (2019). Saúde mental no Brasil: avanços, retrocessos e desafios. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(11), e00156119. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00156119>
- Ribeiro, G. C., & Padoveze, M. C. (2018) Nursing Care Systematization in a basic health unit: perception of the nursing team. *Rev Esc Enferm USP*, 52, e03375. <http://dx.doi.org/10.1590/S1980-220X2017028803375>

Silva, T. G., Santana, R. F., Dutra, V. F. D., & Souza, P. A. (2020). Implantação do processo de enfermagem na saúde mental: pesquisa convergente-assistencial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 73(Suppl 1), e20190579. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0579>

Silva, A. X., Santana, J. R. M., Martins, G. F. R., Sena, M. C. S., Silva, G. S., Paula, T. A., Silva, K. M., & Silva, R. C. (2019). Importância do profissional de enfermagem nos cuidados ao paciente com transtorno mental: uma revisão integrativa. *Brazilian Journal of Health Review*, 2(4), 3217-3233. <https://doi.org/10.34119/bjhrv2n4-086>

Vigo, D., Thornicroft, G., & Atun, R. (2016). Estimating the true global burden of mental illness. *The Lancet. Psychiatry*, 3(2), 171–178. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(15\)00505-2](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(15)00505-2)

World Health Organization. (2019). The WHO special initiative for mental health (2019-2023): universal health coverage for mental health (No. WHO/MSD/19.1). World Health Organization. Recuperado em 10 de Maio de 2021, de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/310981/WHO-MSD-19.1-eng.pdf>

Perturbação do Uso de Álcool e Saúde Mental Positiva durante o confinamento

Lídia Susana Mendes Moutinho¹; Olga Maria Martins de Sousa Valentim²; Joana Teixeira³; Sónia Ferreira⁴; Violeta Nogueira³; Inês Pereira³

¹ Enfermeira Especialista em Saúde Mental e Psiquiatria, Unidade de Alcoologia e Novas Dependências, Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa; Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. CINTESIS; CIDNUR

² Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches, IPLUSO, Lisboa, Portugal; CINTESIS, Grupo NursID (Centre for Health Technology and Services Research), Porto, Portugal

³ Psiquiatra na Unidade de Alcoologia e Novas Dependências, Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa.

⁴ Psicóloga clínica, Unidade de Alcoologia e Novas Dependências, Centro Hospitalar Psiquiátrico de Lisboa. soniaferreira@chpl.min-saude.pt

RESUMO

Os períodos de confinamento devido à pandemia provocada pelo *SARS-CoV-2*, tiveram impacto na saúde mental da população, quer pelo medo de contágio, quer pelas alterações causadas na interação social. As populações mais vulneráveis, de que são exemplo as pessoas com Perturbação de Uso de álcool (PUA), ao lidarem com eventos stressores ficaram em risco de comprometerem ou exacerbarem problemas de saúde pré-existentes, o que se poderá refletir na sua saúde mental positiva (SM+). **Objetivos:** Conhecer a SM+ das pessoas com PUA após o confinamento. **Metodologia:** Estudo descritivo e correlacional. Amostra constituída por pessoas com PUA seguidas numa unidade de tratamento. Dados recolhidos com o questionário de caracterização sociodemográfica, de caracterização dos consumos de álcool e o questionário de SM+. Tratamento estatístico através de SPSS 25. **Resultados:** Amostra constituída por 32 participantes de ambos os sexos, com uma média de idades de 53,66 anos (DP= 9,6). Durante o período de confinamento 65,6% teve consumos de álcool. 75% esteve a cumprir terapêutica psiquiátrica e 21,9 não cumpriu o regime terapêutico prescrito. A SM+ teve um valor médio de 90,42 (DP= 12,79). **Conclusão:** O tratamento das pessoas com PUA deve incluir estratégias que fomentem a Saúde mental positiva, destacando-se com médias mais baixas a Habilidades de relação interpessoal e a atitude pró-social. **Palavras-chave:** Álcool; Saúde Mental; Terapêutica; COVID-19

ABSTRACT

The periods of confinement due to the pandemic caused by COVID-19, had an impact on the mental health of the population due to the fear of contagion and the changes caused in social interaction. The most vulnerable populations, such as people with Alcohol Use Disorder (PUA), when dealing with stressful events were at risk of

compromising or exacerbating pre-existing health problems, which may be reflected in their positive mental health. (SM+). **Objectives:** To know the SM+ of people with PUA after confinement. **Methodology:** Descriptive and correlational study. Sample made up of people with AUP followed in a treatment unit. Data collected with the sociodemographic characterization questionnaire, characterization of alcohol consumption and the MS+ questionnaire (Sequeira, et al, 2014). Statistical treatment through SPSS 25. **Results:** The sample consisted of 32 participants of both sexes, with a mean age of 53.66 years (SD=9.6). During the confinement period, 65.6% consumed alcohol. 75% were undergoing psychiatric therapy and 21.9 did not comply with the prescribed therapeutic regimen. SM+ had a mean value of 90.42 (SD=12.79).

Conclusion: The treatment of people with AUP should include strategies that encourage adherence to therapy and socialization, as these seem to have an impact on MS+

Keywords: Alcohol; Mental Health; medication; COVID-19

RESUMEN

Los periodos de confinamiento por la pandemia provocada por el COVID-19, impactaron en la salud mental de la población por el miedo al contagio y los cambios provocados en la interacción social. Las poblaciones más vulnerables, como las personas con Trastorno por Consumo de Alcohol (PUA), al enfrentarse a eventos estresantes estaban en riesgo de comprometer o exacerbar problemas de salud preexistentes, lo que puede verse reflejado en su salud mental positiva (SM+). **Objetivos:** Conocer el SM+ de las personas con PUA tras el confinamiento. **Metodología:** Estudio descriptivo y correlacional. Muestra formada por personas con PUA seguidas en una unidad de tratamiento. Datos recogidos con el cuestionario de caracterización sociodemográfica, caracterización del consumo de alcohol y el cuestionario MS+ (Sequeira, et al, 2014). Tratamiento estadístico mediante SPSS 25. **Resultados:** La muestra estuvo compuesta por 32 participantes de ambos sexos, con una edad media de 53,66 años (DE=9,6). Durante el período de confinamiento, el 65,6% consumió alcohol. El 75% estaba en tratamiento psiquiátrico y el 21,9 no cumplía con el régimen terapéutico prescrito. SM+ tuvo un valor medio de 90,42 (DE=12,79). **Conclusión:** El tratamiento de las personas con AUP debe incluir estrategias que fomenten la adherencia a la terapia y la socialización, ya que estas parecen tener un impacto en la EM+.

Palabras Clave: Alcohol; Salud mental; terapia; COVID-19

INTRODUÇÃO

Nos últimos dois anos vivenciaram-se mudanças significativas na dinâmica das sociedades causadas pelo SARS-CoV-2, responsável pela doença COVID-19, associadas à incerteza, à imprevisibilidade, ao medo de contaminação e,

consequentemente, da perda e morte pela elevada mortalidade despoletada por este vírus, bem como às restrições e exigências necessárias nas medidas impostas para mitigar o risco de infeção, como períodos de confinamento, que condicionaram as relações sociais, impondo um maior isolamento e alterando as rotinas diárias das pessoas.

Todos estes aspetos tiveram impacto na saúde mental das populações. Um estudo realizado nos EUA, demonstrou uma exacerbação dos problemas de saúde mental, sendo que quatro em cada 10 indivíduos apresentaram sintomas de ansiedade ou transtornos depressivos, sendo também comuns problemas do consumo de álcool ou uso de substâncias ilícitas devido à preocupação e ao stresse associado ao coronavírus (Panchal et al., 2021). Esta tendência também se verificou na população portuguesa, sendo que 82% relatou um impacto negativo da pandemia na saúde mental, encontrando-se uma associação positiva entre a percepção de risco para contrair COVID-19 e a frequência de resultados adversos de saúde mental, como sentir-se ansioso, agitado, deprimido ou triste (Conselho Nacional de Saúde, 2019). Além do medo de contágio, muitas pessoas foram obrigadas a períodos de confinamento e à alteração da sua interação social, o que levou a situações passíveis de stresse (Calado, 2020). As populações mais vulneráveis ao lidarem com eventos stressores ficam em risco de comprometerem ou exacerbarem problemas de saúde pré-existentes (The Lancet Psychiatry, 2021). São disso exemplo as pessoas com Perturbação de Uso de álcool (PUA), pois é conhecida a utilização de bebidas alcoólicas para lidarem com situações adversas (Ramchandani et al., 2018) o que poderá refletir-se na sua saúde mental positiva.

A Saúde Mental Positiva (SM+) é definida como um estado de bem-estar em que o indivíduo entende as suas próprias capacidades, pode lidar com o *stresse* normal da vida, funciona de uma forma produtivo e rentável, e é capaz de dar a sua contribuição para a sociedade (WHO, 2005). Lluch, Sequeira, & Roldán-Merino (2017) afirma que é um estado dinâmico que engloba comportamentos, pensamentos, sentimentos e emoções tanto positivos, como negativos influenciados pelo ambiente social e cultural. Este conceito aborda várias dimensões da vida do indivíduo, não se focando apenas na ausência de doença.

Em todo o mundo, existem dados controversos sobre as mudanças nos padrões de consumo de álcool com o aparecimento da pandemia COVID-19, e geralmente tem havido um aumento no consumo de álcool (Roberts et al., 2021). Kim et al. (2020) concluiu que o período de confinamento foi um fator de risco para o aumento do consumo de álcool nesta população e também um maior risco de recaída. Em Portugal, segundo um estudo realizado na população em geral, 37% dos inquiridos manteve o mesmo consumo de bebidas alcoólicas e 42% começaram a beber menos durante o

período de confinamento que se viveu em 2020, com apenas 21% de reportar o aumento do consumo (Calado et al., 2020).

Um outro aspeto a considerar relativamente aos consumos de álcool durante a pandemia, prende-se com a adesão ao tratamento, como forma de desenvolver estratégias e recursos para lidar com todos as exigências que esta fase envolveu. Verifica-se que nesta área, a literatura é escassa, não sendo ainda claro o impacto da adesão terapêutica no tratamento da PUA. No entanto, percebe-se que o abandono precoce do tratamento, a interrupção da toma da medicação prescrita, conduz habitualmente ao agravamento de quadros clínicos e conseqüentemente à recaída (Schwarz et al, 2018).

Considerando a percentagem de pessoas que manteve ou diminuiu o consumo de álcool durante o período de confinamento é importante conhecer o consumo de bebidas alcoólicas e a SM+ das pessoas com PUA assim como qual o seu comportamento relativamente á adesão ao tratamento, visto serem uma população vulnerável a situações de stresse.

METODOLOGIA

Foi realizado um estudo quantitativo, numa lógica de análise descritiva-correlacional. Este estudo teve como objetivo geral conhecer SM+ em pessoas com PUA durante o período de confinamento. A questão da investigação que orientou o estudo foi "Qual a SM+ das pessoas com PUA durante o período de confinamento?".

Instrumentos de recolha de dados: Questionário de caracterização sociodemográfica; Questionário com caracterização do consumo de álcool (continha questões relativas ao tratamento realizado durante o período de confinamento e adesão á terapêutica); Questionário positivo de saúde mental positiva (Sequeira, et. al, 2014). Questionário que contém 39 questões agrupadas em seis dimensões, satisfação pessoal, atitude pró-social, autocontrolo, autonomia, resolução de problemas e realização pessoal e habilidades de relação interpessoal. O questionário está cotado numa escala de Likert de 1 a 4 pontos, de acordo com as seguintes possibilidades de resposta: sempre ou quase sempre (1 ponto), na maioria das vezes (2 pontos), algumas vezes (3 pontos), raramente ou nunca (4 pontos). A cotação total resulta do somatório dos valores de cada item, nos quais valores mais elevados correspondem a uma melhor saúde mental.

Procedimentos: A recolha de dados decorreu entre setembro e de outubro de 2021 por pessoas com PUA acompanhadas presencialmente numa unidade de tratamento no distrito de Lisboa, que estavam abstinentes no momento da avaliação e que aceitaram participar no estudo. A recolha de dados foi iniciada após autorização do comité de ética da instituição de saúde, onde foi realizada a recolha de dados em reunião realizada a 3 de agosto de 2021. Os princípios éticos contidos na declaração de Helsínquia foram respeitados e a confidencialidade dos dados, o anonimato e o direito de recusa de

participação foram garantidos. A análise estatística foi realizada no programa Estatístico para a Ciência Social - SPSS® versão 25.0 para Windows®. Foram utilizadas estatísticas descritivas, com o nível de significado adotado de $p < 0,05$ (Marôco, 2011).

RESULTADOS

Amostra de 32 participantes de ambos os sexos. A idade média é ($M=53,66$; $SD= 9.6$). Na tabela 1, encontram-se os dados sociodemográficos da amostra. Destaca-se que a maioria dos participantes é masculina, separados/união de facto e vivem acompanhados.

Tabela 1 – Dados Sociodemográficos

Variáveis Sociodemográficas	Pessoas com PUA N=32	
	n	%
Sexo		
Feminino	11	34,4
Masculino	21	65,6
Situação conjugal		
Casado/união de facto	8	25,0
Solteiro	11	34,4
Divorciado/separado	13	40,6
Habilitações literárias		
Ensino Básico	17	54,8
Ensino Secundário	10	32,3
Bacharelato	1	3,2
Licenciatura	3	9,7
Agregado familiar		
Vive sozinho.	9	29
Vive com cônjuge e filhos	10	32,3
Outros(pais, tios,...)	12	38,7

O acompanhamento clínico de pessoas com PUA durante o período de confinamento foi realizado por diferentes profissionais de saúde. O tratamento incluiu terapêutica farmacológica, acompanhamento em área dia e consultas individuais pelos diferentes profissionais (enfermeiro, médico e psicólogo). A maioria dos participantes realizaram consultas de psiquiatria/enfermagem e medicação psiquiátrica.

Tabela 2 - Acompanhamento clínico durante o período de confinamento

Acompanhamento clínico	Pessoas com PUA N=32	
	n	%
Tipo de acompanhamento		
Consulta de Psiquiatria/enfermagem	21	65,6
Consulta de Psicologia/enfermagem	1	3,7
Área Dia	4	12,5
Vários	6	37,5
Fez terapêutica psiquiátrica		
Sim	24	75
Não	8	25
Alterou o uso da terapêutica		
Sim	9	7
Não	10	25

Os participantes foram questionados sobre o consumo de álcool durante o período de confinamento. 32,3% (N=10) não consumiram bebidas alcoólicas durante o confinamento e 65,6% (N=21) tiveram consumos. A SM + e as diferentes dimensões que constituem foram avaliadas nas pessoas com PUA.

Tabela 3 - Variação de resultados, mínimo, máximo, média, desvio padrão e score médio dos fatores do Questionário de Saúde Mental Positiva (SM+) (N = 32)

QSM+	N.º itens	Mín./Máx.	<u>M</u>	<u>DP</u>	Score médio (M / n.º itens)
F1: Satisfação pessoal	8	11-28	20,03	4,57	2,50
F2: Atitude pró-social	5	4-12	8,25	1,94	1,65
F3: Autocontrolo	5	5-20	11,47	3,03	2,29
F4: Autonomia	5	9-22	15,71	3,49	3,14
F5: Resolução de problemas e realização pessoal	9	12-43	22,90	7,29	2,54
F6: Habilidades de relação interpessoal	7	6-18	12,00	2,65	1,71
SM+ total	39	58-123	90,42	12,79	2,31

Para comparar a SM+ entre quem bebeu ou não bebeu bebidas alcoólicas, avaliada segundo as várias subescalas do SM+, recorreu-se ao teste de *Mann-Whitney U* (Tabela 3).

Tabela 4 – Resultados do teste *Mann-Whitney U* para comparação da SM+ entre quem bebeu bebidas alcoólicas e que não bebeu – Pessoas com PUA

SM+			<u>n</u>	<u>Md</u>	Mín./Máx.	<i>Mann-Whitney U</i>	<u>p</u>
Atitude Pró-social	Bebeu durante confinamento	sim	21	18,40	0-10	155,500	0,031
		Não	10	10,95	0-4		

Da análise dos resultados apresentados na tabela 4, constatámos diferenças estatisticamente significativas apenas relativamente à *atitude pró-social*, verificando-se que as pessoas que consomem bebidas alcoólicas apresentam valores mais elevados do que os que não bebem, ou seja, as pessoas que bebem apresentam uma predisposição ativa para o social, uma atitude de ajuda-apoio para com os outros e de aceitação dos outros e dos factos sociais diferentes.

DISCUSSÃO

A amostra apresentou consumos de álcool (65%) superiores aos de Calado (2020) (21%) em território nacional, no entanto estes referem-se aos da população em geral e os da amostra serem de pessoas com PUA. Estes dados mostram que para alguns os consumos persistem como estratégias para lidar com os desafios impostos (Kumar & Nayar, 2020; OMS, 2020; The Lancet Psychiatry, 2021).

Das pessoas com PUA que estiveram em acompanhamento durante o período de confinamento, 75% (N=24) esteve a cumprir terapêutica psiquiátrica. 65% (N=21)

continuaram a consumir bebidas alcoólicas o que aponta para a dificuldade das pessoas com PUA lidarem com as situações de vida sem a utilização de álcool mesmo estando a cumprir a terapêutica. A utilização da terapêutica concomitantemente com o consumo de bebidas alcoólicas foi evidente na amostra em estudo durante o período de confinamento. Parece por isso importante trabalhar a motivação para interromper os consumos para o sucesso do regime terapêutico instituído. A percentagem de participantes que não tomou terapêutica (25%) e dos que alteraram o regime terapêutico instituído é corroborado por Schwarz e colaboradores (2018) ao referir que o abandono precoce do tratamento, a interrupção da toma da medicação prescrita, conduz habitualmente ao agravamento de quadros clínicos e conseqüentemente à recaída. No entanto aqueles que percebem a terapêutica medicamentosa como uma oportunidade de obter uma vida dentro da normalidade aderem ao regime terapêutico instituído (Xavier et al., 2017).

A percentagem de pessoas com PUA sem consumos de álcool aponta para a existência de variáveis que consolidam a sua abstinência. Entre estas poderá estar a promoção da SM+. Apesar de não terem sido encontradas diferenças estatisticamente significativas entre aqueles que consumiram e os que mantiveram a abstinência salienta-se que o reduzido número de participantes da amostra por certo contribuiu para este resultado. Existe uma diferença significativa entre quem consome bebidas alcoólicas e quem não consome relativamente à *atitude pró-social*, verificando-se que as pessoas que consomem bebidas alcoólicas apresentam valores mais elevados. Parece assim que os que estiveram a consumir bebidas alcoólicas se sentiram mais capazes de estabelecer e manter relações interpessoais harmoniosas, comunicar respeitosamente e expressar sentimentos. Salienta-se que para muitos o consumo de bebidas alcoólicas é utilizado como estratégia facilitadora das relações interpessoais (Botelho et al.,2021) o que é corroborado pelos resultados encontrados.

CONCLUSÃO E IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA

Conclui-se que nas pessoas com PUA não consomem bebidas alcoólicas, apresentam melhor SM+, em especial na dimensão atitude pró-social. Estes dados realçam a necessidade de incluir no tratamento desta população o treino de competências sociais e de estratégias que melhorem a SM+

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- The Lancet Psychiatry (2021). COVID-19 e saúde mental, 8. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(21\)00005-5](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(21)00005-5).
- Alcântara C. B., Capistrano F. C., Czarnobay J., Ferreira A. C. Z., Brusamarello T., Maftum M. A. (2018). Terapêutica medicamentosa em saúde mental. *Escola Anna Nery*, 22 (2), 1-7. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2017-0294>

- Botelho, P. B., Souza, A. S., Meira, E. C., Santos, V. T. C. dos, Costa, L. C., Vieira, L. de O., Rodrigues, V. P., & Meira, L. C. (2020). Memory of men about living with alcohol consumption. *Research, Society and Development*, 9(7), e844974888. <https://doi.org/10.33448/rsd-v9i7.4888>
- Calado, V. (2020). CAD em tempos de pandemia -pistas de ação. Comportamentos Aditivos em Tempos de COVID-19/Álcool , Evento virtual realizado em outubro de 2020. Serviços de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências.
- Conselho Nacional de Saúde (2019). Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década. Lisboa.
- Kim J. U., Majid A., Judge R., Crook P., Nathwani R., Selvapatt N., Lovendoski J., Manousou P., Thursz M., Dhar A., Lewis H., Vergis N., & Lemoine M. (2020). Efeito do bloqueio do COVID-19 no consumo de álcool em pacientes com distúrbio de consumo de álcool pré-existente. *A lanceta. Gastroenterologia & Hepatologia*, 5,(10), 886-887. [https://doi.org/10.1016/S2468-1253\(20\)30251-X](https://doi.org/10.1016/S2468-1253(20)30251-X)
- Kumar A, Naya K. R. (2020). COVID 19 e as suas consequências para a saúde mental. *Journal Mental Health*, 1-2. <https://doi.org/10.1080/09638237.2020.1757052>
- Lluch Canut, M. T., Sequeira, C., & Roldán-Merino, J. (2017). Salud mental positiva. In V. Frago & M. Sotto Mayor (Eds). *Gerontologia e Transdisciplinaridade I* (pp. 121-139). São Paulo: Editora do Portal do Envelhecimento, Portal Edições.
- Panchal N., Kamal R., Cox C. & Garfield R. (2021). The implication of Covid-19 for Mental health and Substance. Abuse. KFF.<https://www.kff.org/coronavirus-covid-19/issue-brief/the-implications-of-covid-19-for-mental-health-and-substance-use>
- Ramchandani, V. A., Stangl, B. L., Blaine, S. K., Plawewski, M. H., Schwandt, M. L., Kwako, L. E., Sinha, R., Cyders, M. A., O'Connor, S., & Zakhari, S. (2018). Stress vulnerability and alcohol use and consequences: From human laboratory studies to clinical outcomes. *Alcohol*, 72, 75–88. <https://doi.org/10.1016/j.alcohol.2018.06.001>
- Roberts, A., Rogers, J., Mason, R., Siriwardena, A. N., Hogue, T., Whitley, G. A., & Law, G. R. (2021). Alcohol and other substance use during the COVID-19 pandemic: A systematic review. *Drug and alcohol dependence*, 229, 109-150. <https://doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2021.109150>
- Schwarz A. S, Nielsen B, & Nielsen A. S. (2018). Changes in profile of patients seeking alcohol treatment and treatment outcomes following policy changes. *Journal Public Health*. 26(1), 59–67.
- World Health Organization. (2020). Mental health and psychosocial considerations during the COVID-19 outbreak. WHO reference number: WHO
- Xavier M. S., Terra M. G., Silva C. T., Mostardeiro S. C. T. S., Silva A. A., & Freitas F. F. (2017). The meaning of psychotropic drug use for individuals with mental disorders in outpatient monitoring. *Escola Anna Nery* 18(2), 323-329. <http://dx.doi.org/10.5935/1414-8145.20140047>

Barreiras e perspectivas de acesso ao tratamento de mulheres usuárias de crack

Taís Veronica Cardoso Vernaglia^{*}; Marcelo Santos Cruz^{}; Simone Ouvinha Peres^{***}**

^{*}Doutor em Saúde Mental; Enfermeiro; Professor Adjunto, Departamento de Enfermagem Médico-Cirúrgica (DEMC), Escola de Enfermagem Alfredo Pinto (EEAP), Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO), R. Dr. Xavier Sigaud, 290 - Urca, 22290-180, Rio de Janeiro, Brasil. E-mail: tais.vernaglia@unirio.br

^{**}Doutor em Psiquiatria; médico; coordenador do PROJAD do Instituto de Psiquiatria da UFRJ; CEP 22440-000; Rio de Janeiro; Brasil; marcelosantoscruz@ipub.ufrj.br

^{***}Doutora em Saúde Coletiva; Professora Associada; Instituto de Psicologia, Departamento de Psicologia Social, Rio de Janeiro, Brasil. simoneoperes@gmail.com

RESUMO

CONTEXTO: Mulheres enfrentam riscos e desafios no acesso ao tratamento nos serviços de saúde. **OBJETIVOS:** Identificar e descrever os sentidos do acesso ao tratamento das usuárias de crack no serviço de saúde, analisando a perspectiva das usuárias e dos profissionais. **MÉTODOS:** Pesquisa qualitativa que utilizou a observação participante (54 visitas) e a entrevistas semiestruturadas junto as mulheres e profissionais de uma unidade de atenção psicossocial, durante o período de fevereiro a agosto de 2016. Utilizou-se a análise temática com o auxílio do NVivo (MINAYO, 2014). Projeto aprovado pelo comitê de ética e pesquisa (CAAE: 51280515.7.0000.5263; Parecer: 1.526.402). **RESULTADOS:** Os motivos que levaram as mulheres usuárias de crack a acessarem a unidade foram: a demanda por tratamento de um corpo adoecido e estigmatizado, por medicação visando conter e lidar com o abuso do crack e por acolhimento noturno como medida de proteção. **CONCLUSÕES:** As unidades precisam estar preparadas para lidar com as consequências das diferentes situações de vulnerabilidade das mulheres usuárias provocados pela dinâmica de abuso do crack. Outras pesquisas devem ser conduzidas sobre o acesso das mulheres aos serviços sociais e de saúde nas cenas de uso do crack.

Palavras-Chave: cocaína crack; gênero e saúde; vulnerabilidade em saúde; acesso aos serviços de saúde.

ABSTRACT

BACKGROUND: Women face risks and challenges to access health services. **AIM:** Identify and describe the meanings of female crack users' access to treatment, analyzing the users and professionals' perspectives. **METHODS:** Qualitative research that used participant observation (54 visits) and semi-structured interviews with women and professionals from a psychosocial care unit, during the period from February to August

of 2016. Thematic analysis was used with the help of NVivo (MINAYO, 2014). Project approved by the ethics and research committee (CAAE: 51280515.7.0000.5263; Parecer: 1.526.402). **RESULTS:** The reasons that led female crack users to access treatment: the demand of a sick and stigmatized body, the medication to contain and deal with crack abuse and for night shelter as a protective measure. **CONCLUSIONS:** The health care units must to be prepared to deal with the consequences of the different situations of female crack users vulnerability caused by the dynamics of crack abuse. Further research should be conducted about women's access to social and health services in crack scenes.

Keywords: crack cocaine; gender and health; health vulnerability; health services accessibility.

RESUMEN

CONTEXTO: Las mujeres enfrentan riesgos y desafíos para acceder al tratamiento en los servicios de salud. **OBJETIVO(S):** Identificar y describir los significados del acceso al tratamiento para usuarios de crack en el servicio de salud, analizando las perspectivas de usuarios y profesionales. **METODOLOGÍA:** Investigación cualitativa que utilizó la observación participante (54 visitas) y entrevistas semiestructuradas con mujeres y profesionales de una unidad de atención psicossocial, durante el período de febrero a agosto de 2016. Se utilizó el análisis temático con la ayuda de NVivo (MINAYO, 2014). Proyecto aprobado por el comité de ética e investigación (CAAE: 51280515.7.0000.5263; Dictamen: 1.526.402). **RESULTADOS:** Los motivos que llevaron a las usuarias de crack a acceder a la unidad fueron: la demanda de tratamiento de un cuerpo enfermo y estigmatizado, de medicación para contener y enfrentar el abuso de crack y de albergue nocturno como medida de protección. **CONCLUSIONES:** Las unidades necesitan estar preparadas para afrontar las consecuencias de las diferentes situaciones de vulnerabilidad de las usuarias provocadas por la dinámica del abuso del crack. Se deben realizar más investigaciones sobre el acceso de las mujeres a los servicios sociales y de salud en escenarios de consumo de crack.

Palabras Clave: cocaína crack; género y salud; vulnerabilidad en salud; accesibilidad a los servicios de salud.

BACKGROUND

The World Health Organization – WHO emphasizes that women's health should be the focus of public actions because of the discrimination they suffer, which is deeply embedded in social cultural factors (World Health Organization, 2019).

Public policies of attention to this group must be focused in reproductive and sexual health, encouraging strategies that overcome the barriers created by gender stigma (Botton, Cúnico, & Strey, 2017). The United Nations Organization points out that an important legacy to be achieved is the equality of gender based in practices that reduce

the discrimination and violence suffered by women to favor a multiplying effect of a sustainable development (World Health Organization, 2019).

Nonetheless, worldwide, women face health risks and challenges to access health services (Aaraj & Crouch, 2016; Vernaglia et al., 2017). Drug use in this group is being the object of discussions. International estimates reveal that in the last 10 years, there was an increase of 30% of individuals who use drugs and 35 million of them suffer disorders from their standard of use. This scenario escalates because only one in seven receives treatment (United Nations Office on Drugs and Crime, 2019).

The World Drug Report (2019) states that women are more susceptible than men to disorders by use of substances. The problems associated to drug use in homeless women are bigger when compared to men in the same conditions (United Nations Office on Drugs and Crime, 2019).

In Brazil crack abuse is a problem that has provoked consistent changes in social policy and public health. The prevalence estimates for crack and/or similar users between 12 and 65 years old within this reality is 1.1% (380 thousand people) (Ministério da Saúde, 2017). Crack users suffer multiple harms from its effects, as acute intoxication occasionally associated to overdose, accidents, violence and communicable and non-communicable diseases, further to the aggravation of its social vulnerability (Ministério da Saúde, 2017).

In the last decades in Brazil, there were efforts to build up and widen a large network of extra-hospital mental health attention. It includes the creation of hundreds of Psychosocial Attention Centers for persons with alcohol problems and other drugs (Portuguese acronym: CAPSad). Women in this scenario face relevant barriers to access specialized treatment services. Nonetheless, it is seen that gender issues have been neglected in studies on drugs (Bastos & Bertoni, 2014). Therefore, the objectives of this study were to characterize how female crack users access treatment in a CAPSad in Rio de Janeiro, Brazil.

METHODS

Qualitative field research based in participative observation and semi-structured interviews with nine female crack users and twelve healthcare professionals conducted at CAPSad, in the city of Rio de Janeiro, Brazil. During eight months of fieldwork (February-September, 2016), 54 interviews were made. The interviews were conducted by a trained PhD student. Two professors from PhD programs gave technical assistance and supervision during the fieldwork.

A CAPSad has the objective of providing care to persons with alcohol problems and other drugs, with beds prompt for accommodation, operating 24-7, receiving them to create a bond, making them accountable following the logic of territory.

The nine women enrolled in the study used crack as preferred drug of abuse and sought the service during the fieldwork. Two women were excluded: one was bacilliferous (contaminated by Koch's Bacillus) and the other was approached in a territorial user setting and failed to go to CAPSad after the invitation. The healthcare professionals of different categories were reference in attending the women interviewed and should encourage the deepening of some issues related to the access to treatment. The narratives given by the women and the professionals were recorded, their names coded and replaced by alias to protect the secrecy of the information. The approach of the research was saturation theoretical-empirical for the selection criteria, number of interviewees and relevance of the information in terms of adherence to the object of the study.

The qualitative data analysis software Nvivo version 820 was used to support and organize the material. Themes and categories were obtained underwent thematic analysis (Minayo, 2014). The Institutional Review Board of Federal University of State of Rio de Janeiro (CAAE: 51280515.7.0000.5263; Report: 1.526.402) reviewed and approved the study.

RESULTS

Women face important barriers as time and financial cost to reach CAPSad considering the paucity of their income. The distance between health service and the drug scenes is also a problem. The professionals acknowledge there these factors are related to the needs of social support that female crack users have. However, the professionals wondered whether it was CAPSad role to meet social demands.

The professionals described these territorial barriers of access to the treatment from the tools they use in the treatment. For them, it was essential to offer a treatment that is capable of flexibilizing the rules of CAPSad. The strictness of the routine was criticized, mainly, mealtime and bed resting hours. They understood that the clinic for persons with crack problems should be de-bureaucratized. This would require them to think and rethink how the individual treatment is conducted on a daily bases in a flexible manner. Following this line of argument, it was remarked that the professionals understand the work in the streets is essential to face the barriers and ensure the access to the treatment of women crack users. They acknowledge that without the territorial work it is impossible to make a proper follow up of the women. The approach of the work in the street is fundamental because the territory is the place women chose to stay during part of their time: "when you think she is coming (mentioning the women coming to CAPSad), she goes back to the street again" (Fabiane – registered nurse).

The professionals recognize that CAPSad is too much afar from the territory, and it is why the access could be optimized with their presence in the drug scenes of use. About this, it is important to indicate that only two team members conduct the work in the street

regularly and that the majority of the professionals are aware that they have ever been in the scene of use.

To face some of these barriers there are perspectives of the access to treatment. The professionals perceive that women make efforts to access the service.

The body was introduced as a mediator of the access to the treatment either for the women or for the professionals. For women crack users, this was a key motivator while seeking treatment.

Facing this wide-range logic, the moment the women accessed the treatment happened when the unwavering exhaustion of their bodies took over the satisfaction promoted by the use of crack. Within this context, the satisfaction produced by the drug was not so rewarding, when they were “saturated of only using drug” (Rosane – 7 years crack use) or in a context described as “crack garbage” (Denise – 11 years crack use).

The professionals acknowledge this outcry coming through the body as a singular and recurring aspect in the women crack user’s narrative and as a factor that tell apart men from women. In that line, the professionals understand that in these circumstances it is important to respond when the women beg for help through their bodies and this is the kind of care, they are able to offer.

The stigma these women suffer also defined their decision to seek treatment. Narratives with complaints and grief were heard when these women described the image of a woman crack user. In the female drug users’ therapeutical group, for instance, it was reported that those who use crack could also deal with the stigma. The group, which was indicated as potent articulator of the collective narrative, reproduces the bias of the stigma and social morality embedded in the image of crack users and, most of all, of the women. According to Záina, professional who conducted the therapeutic group just for women: “The woman who uses drugs is a quite marginalized woman. It is easier for the man, a cultural issue, men are not as ill scrutinized as a dependent woman” (Záina–nurse).

It was described that the tools that facilitate the access to treatment are nocturnal reception and the medication. For the women, the protection granted by nocturnal reception is a response to the fear of the streets, violence, humiliation and fear of death. Renata (9 years crack use), for instance, told me that she was physically abused by men on crack scene. In other situations, nocturnal reception also responded when they begged for life protection had they felt threatened by the local traffic dealers.

For the professional’s group, the intensive response to the needs of the women crack users is to offer targeted care to their necessities: rest, bath, food and protection. They understand that nocturnal reception is the best resource that meets this demand, and not having room to receive these women is one of the vulnerable features of the service, such as “imminent risk or medical emergency” (Douglas – physician).

Medication was another tool utilized to access the treatment. The women interviewed seek CAPSad to get some medication that can help them to control and reduce crack abuse and get their lives back. They ask for medications as well to alleviate the anxiety generated from crack abuse reduction. The narratives also show that their expectations were to have a grip on their thoughts, reactions and emotions: “I wanted the drug every day. Now, the craving is wearing down. I’m taking the medications pretty well. I can sleep” (Gicélia – 4 years crack use).

On the other hand, the professionals understand that the medication is a bargaining tool to bring women back to CAPSad. In addition, the medications are meant to reduce the most anguishing symptoms, although there is no specific drug to treat crack addiction. It is important to note that some of these symptoms are related to the women’s circumstances of life as violence or the condition of being homeless.

DISCUSSION

Our findings are in line with the indication female crack user’s characteristics in a context of care-seeking as we found in the literature review. The authors pointed out that women’s specific barriers of access to treatment are based on their reproductive needs, domestic violence, and the overloaded female work (Botton et al., 2017; Bastos & Bertoni, 2014).

Also, the location of the mental health services should be of easy access and close to other physical health care services and it is an important indication that defines it as welcoming (Hawke et al., 2019). The adherence to the treatment is compromised if the patient has to cross long distances to reach the treatment (Elkashef et al., 2017).

In the current study, the body acted as a promoting tool of access to treatment. Some authors agree that the body can be vested as a place of inclusion or link that connect us to the other, which gives meaning to the disarray and where social and cultural logics are found (Le Breton, 2017).

There are different perspectives in the women’s and in the professionals’ narratives. Firstly, the professionals decode how the women introduce their bodies with decaying signs of the effects produced by crack use as situations of risk and of urgent necessity of care and, secondly, the women see it as the place of the stigma.

For the women interviewed, the urgency is associated to having to cope with a deteriorating body with perceptible signs of crack abuse and, because of this, is stigmatized. Therefore, looking for help from the perspective of a stigmatized body appears to be one way of dealing with the crisis. Different studies attest that the stigma should be considered in the treatment of women crack users (Camargo et al., 2018; Toledo, Góngora, & Bastos 2017; Rossi & Tucci, 2020) because it defines norms of conduct, interfering in the appearance and determining how persons should establish their relationships, and, at last, create labels.

The interviewee mentioned that nocturnal reception and medication were the two most important tools that need to be used in the access to the treatment. Nocturnal reception is a tool of care that is consistent with the ground rules of the Brazilian psychiatric reform (Pereira et al., 2017). This a strategy targeted to the necessities of detoxification and psychosocial rehabilitation, like the necessity of observation, rest and protect, conflict management, among others. This is compatible with relinquishing the dichotomy body-mind seen as natural in health sciences and provide care integrally as indicated in literature (Romanini & Rosso, 2018).

From the women's angle, the medication meant a strategy to restrain crack abuse. For the professionals, a bargaining instrument and some disagreed that it should be an element utilized in the access to the treatment. These statements indicate there are different symbolic constructions around reception as a form of sheltering and of the medication as contention tool that need to be reevaluated in the access to treatment of the women crack users. In other countries, study results demonstrate that in services focuses to persons with problems of alcohol and other drugs, medication prescription can take place off the standards defined in manuals and guidelines about psychotropic (Oluyase, Raistrick, Hughes, & Lloyd 2019).

Based in the narratives, the professionals defined strategies to cope with the barriers to access the treatment, among them, the necessity of de-bureaucratization of the service. It is possible to identify in other studies that a service is characterized as accessible when time and duration are flexible and uses innovative practices in the treatment. This is a form of drawing youngsters and keep them in treatment (Hawke et al., 2019).

It is necessary to consider that, for female crack users, the work in the street is a valuable tool to access the treatment, in special, those who are homeless (Rossi & Tuci, 2020). It seems clear that the clinic of the persons who use crack is constantly moving and is defined and redefined by the migration of the drug scenes of use or the circulation of the users themselves through the geography of the city.

Among the limitations of this study is the fact that female crack users who were in the drug scenes but did not frequent the CAPSad were not included. The reason for that is that it was not possible to guarantee the safety and privacy of interviews on the drug use scene. Only professionals who followed up the interviewed women were included. Although the inclusion of drug users and professionals not interviewed could allow different perspectives, the information provided by the present study is a significant contribution for increase of the knowledge of this deprived and hard to reach part of the population.

CONCLUSION

In this study, it can be stated that the body was a mediator of access to treatment either for the women or for the professionals. For the professionals, the condition of urgency

identified in the female body who presented degrading signs of the effects produced by crack use defined the access.

It was evident that for the women crack users the expectation was to receive shelter and medicalization. CAPS is seen as a reference institution for the women and a space to hold unquestionable relations when they feel at greater risk because it is a space of support, protection, a hideout from the streets. On the other hand, for the professionals, the shelter would happen if a situation of clinical urgency was clear and the medication would work as a bargaining tool.

It was noticed that CAPSad needs to be prepared to cope immediately with the consequences of the decayed bodies of these women provoked by the dynamics of crack abuse. It is essential to acknowledge that stigma is a symbolic piece that should be seen in this access.

IMPLICATIONS FOR CLINICAL PRACTICE

It is important to notice that there are some social and cultural norms around crack users in a metropolitan city and the vulnerable conditions of this population that should be consider on their treatment. In addition, social base and inclusion programs for the work are important allies in the treatment of persons in vulnerable conditions. Gender inequalities among crack users increases female vulnerabilities and this is an important aspect to be consider on the access to treatment.

REFERENCES

- Aaraj, E. & Chrouch, M. J. A. (2016). Drug policy and harm reduction in the Middle East and North Africa: The role of civil society. *International Journal of Drug Policy*, 31, 168-71. 10.1016/j.drugpo.2016.03.002
- Bastos, F. I. & Bertoni, N. (2014). *Pesquisa Nacional sobre o uso de crack: quem são os usuários de crack e/ou similares do Brasil? quantos são nas capitais brasileiras?* Editora ICICT/FIOCRUZ. <https://portal.fiocruz.br/noticia/fiocruz-lanca-livro-digital-da-pesquisa-nacional-sobre-o-uso-de-crack>
- Botton, A., Cúnico S. D., & Strey M. N. (2017). Diferenças de gênero no acesso aos serviços de saúde: problematizações necessárias. *Mudanças – Psicologia da Saúde*, 25 (1), 67-72. <http://dx.doi.org/10.15603/2176-1019/mud.v25n1p67-72>
- Camargo, P. O., Oliveira, M. M., Herreira, L. F., Martins, M. F. D., Luft, C. F., Kantorski, L. P. (2018). The confrontation of the stigma experienced by women / mothers who use crack. *SMAD. Revista eletrônica saúde mental álcool e drogas*, 14(4), 196-202. <https://doi.org/10.11606/issn.1806-6976.smad.2018.000354>
- Elkashef, A., Alhyas, L., Hashmi, H. A., Mohammed, D., Gonzalez, A., Paul, R., Wanigaratne, S., Gawad, T., Rawson, R., Marzooqi, A. A., Ghaferi, H. A. (2017). National Rehabilitation Center programme performance measures in the United Arab Emirates, 2013. *Eastern Mediterranean Health Journal*. 23(3), 182-188. 10.26719/2017.23.3.182
- Le Breton, D. (2017). *A sociologia do corpo*. Editora Vozes Petrópolis.

Minayo, M. C. de S. (2014). *O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde* (5 ed.). Hucitec.

8 Ministério da Saúde (2017). *III Levantamento Nacional sobre uso de Drogas pela população brasileira. Repositório Institucional da FIOCRUZ*. <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/34614>

Oluyase, A. O.; Raistrick, D.; Hughes, E.; Lloyd, C. (2019). The appropriateness of psychotropic medicines: an interview study of service users attending a substance misuse service in England. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 41, 972–980. <https://doi.org/10.1007/s11096-019-00861-z>

Pereira, M. O., Oliveira, M. A. F., Pinho, P. H., Claro, H. G., Gonçalves, A. M., Reinaldo, A. M. S. (2017). Qual é a tônica da política de drogas brasileira: ressocialização ou internamento?. *Escola Anna Nery*, 21(3), e20170044. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-ean-2017-0044>

Romanini, M., & Roso, A. (2018). Usuários de Cocaína-Crack e Recepção de uma Campanha Televisiva Antidrogas. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 34, e34410. <https://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e34410>

Rossi, C. C. S., & Tucci, A. M. (2020). Acesso ao tratamento para dependentes de crack em situação de rua. *Psicologia & Sociedade*, 32, e170161. Epub March 30, 2020. <https://doi.org/10.1590/1807-0310/2020v32i170161>

Toledo, L.; Góngora, A.; Bastos, F. I. (2017). À margem: uso de crack, desvio, criminalização e exclusão social – uma revisão narrativa. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(1), 31-42. <https://doi.org/10.1590/1413-81232017221.02852016>

United Nations Office on Drugs and Crime. (2019). *World Drug Report 2019*, Vienna. (Report No.: E.19.XI.8). <https://wdr.unodc.org/wdr2019/>

Vernaglia, T. V. C., Leite, T. H., Faller, S., Pechansky, S., Kessler, F. H. P., Cruz, M. S. (2017). The female crack users: Higher rates of social vulnerability in Brazil. *Health Care for Women International*, 38(11), 1170–1187. [10.1080/07399332.2017.1367001](https://doi.org/10.1080/07399332.2017.1367001)

World Health Organization. (2019). *World health statistics 2019: monitoring health for the SDGs, sustainable development goals*. <https://www.who.int/activities/closing-data-gaps-in-gender>

Impacto do COVID-19 nos Enfermeiros: *burnout*, ansiedade e depressão

Luís Ferreira*; Dorine Moreira**; Silvina Marques*** & Catarina Tomás****

*Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Pós-graduado em Gestão e Administração de Serviços de Saúde, Enfermeiro no Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada - EPER; Rua Grotinha 9500-370, Arrifes, Ponta Delgada, Luis.DM.Ferreira@azores.gov.pt, 296 203 000;

** Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Pós-graduada em Gestão e Administração de Serviços de Saúde, Pós-graduada em Ambiente, Saúde e Segurança, Enfermeira no Hospital do Divino Espírito Santo de Ponta Delgada - EPER; Rua Grotinha 9500-370, Arrifes, Ponta Delgada, Dorine.J.Gomes@azores.gov.pt, 296 203 000;

*** Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Pós-graduada em Cuidados Paliativos e Pós-graduada em Emergência e Trauma, Enfermeira na Unidade de Saúde de Ilha de São Miguel, silvinamlmarques@gmail.com, 296246220;

**** Doutorada em Ciências da Enfermagem, Especialista em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiátrica, Membro integrado do CiTechCare, Professora na Escola Superior de Saúde do Instituto Politécnico de Leiria, Campus 2 – Morro do Lena – Alto do Vieiro Apartado 4137 | 2411-901 Leiria – Portugal, catarina.tomas@ipleiria.pt, 244 845 300.

RESUMO

CONTEXTO: O vírus COVID-19 (SAR-CoV-2) levou a mudança nos contextos laborais e sociofamiliares dos enfermeiros, culminando em novos desafios para a saúde mental.

OBJETIVO: Identificar quais os fatores associados à pandemia por COVID-19 que geram impacto na saúde mental dos enfermeiros, relativamente ao *burnout*, ansiedade e depressão.

MÉTODOS: É uma revisão sistemática da literatura, baseada na análise de 8 artigos selecionados em bases científicas. A informação foi agrupada através da técnica de análise de conteúdo.

RESULTADOS: Os fatores extraídos foram agrupados em quatro domínios: pessoal, profissional, sociofamiliar e económico, sendo os fatores do domínio pessoal demonstraram um maior impacto no *burnout*, ansiedade e depressão dos enfermeiros.

CONCLUSÕES: Evidenciou-se que o COVID-19 afetou de forma multidimensional os enfermeiros, com implicações a nível do *burnout*, ansiedade e depressão.

Palavras-Chave: Ansiedade; Depressão; Enfermeiros(as); COVID-19

ABSTRACT

BACKGROUND: The COVID-19 virus (SAR-CoV-2) has led to changes in nurses' work and socio-family contexts, culminating in new challenges for mental health. **AIM:** To identify which factors associated with the COVID-19 pandemic have an impact on nurses' mental health, in terms of burnout, anxiety and depression. **METHODS:** This is a systematic review of the literature, based on the analysis of 8 articles selected on a scientific basis. The information was grouped through the technique of content analysis. **RESULTS:** The factors extracted were grouped into four domains: personal, professional, socio-family and economic, with the factors in the personal domain having a greater impact on nurses' burnout, anxiety and depression. **CONCLUSIONS:** It was evident that COVID-19 affected nurses in a multidimensional way, with implications in terms of burnout, anxiety and depression.

Keywords: Anxiety; Depression; Nurses; COVID-19

RESUMEN

CONTEXTO: El virus COVID-19 (SAR-CoV-2) ha provocado cambios en el contexto laboral y sociofamiliar de las enfermeras, culminando en nuevos desafíos para la salud mental. **OBJETIVO(S):** Identificar qué factores asociados a la pandemia de COVID-19 tienen impacto en la salud mental de los enfermeros, en términos de burnout, ansiedad y depresión. **METODOLOGÍA:** Se trata de una revisión sistemática de la literatura, basada en el análisis de 8 artículos seleccionados sobre una base científica. La información se agrupó mediante la técnica de análisis de contenido. **RESULTADOS:** Los factores extraídos se agruparon en cuatro dominios: personal, profesional, sociofamiliar y económico, siendo los factores del dominio personal los que tienen mayor impacto en el burnout, la ansiedad y la depresión de los enfermeros. **CONCLUSIONES:** Se evidenció que el COVID-19 afectó a las enfermeras de forma multidimensional, con implicaciones en términos de burnout, ansiedad y depresión.

Palabras clave: Ansiedad; Depresión; enfermeras; COVID-19

INTRODUÇÃO

Em dezembro de 2019 foi identificado o SAR-CoV-2, responsável pela Pneumonia por COVID-19 (Comissão Nacional de Saúde da China, 2020, citado por Lai *et al.*, 2020). Sendo uma Emergência de Saúde Pública foi decretado estado de pandemia. Levou à reestruturação dos serviços de saúde em todo o mundo, o que culminou numa nova abordagem a nível das estruturas físicas e num processo de adaptação pelos profissionais de saúde. A presente revisão pretende avaliar o impacto que a pandemia por COVID-19 teve na saúde mental dos enfermeiros no que respeita ao *burnout*, ansiedade e depressão.

O *burnout*, é uma síndrome de exaustão emocional, sentimentos de despersonalização e redução da realização profissional, podendo resultar da cronicidade de relacionamentos de forma exaustiva com os problemas de saúde das outras pessoas (Maslach, 2003).

Quanto à ansiedade, um estado emocional resultante do medo associado a uma situação de ameaça futura, estando o medo relacionado a quadros de picos de excitação autónoma, processo necessário à luta ou fuga relacionados com situações de perigo imediato e comportamento de fuga (American Psychiatric Association [APA], 2014).

Em relação à depressão, esta adota uma etiologia multifatorial, de combinação de influências genéticas, bioquímicas e psicossociais numa pessoa com alguma suscetibilidade para a doença (APA, 2014).

Reconhecendo que os enfermeiros estão sujeitos a todas as alterações laborais, socioeconómicas e familiares, suscetíveis de resultarem em alterações nos níveis *burnout*, ansiedade e depressão, que poderão encontrar-se agravadas no decorrer da pandemia, desenvolveu-se uma Revisão Sistemática da Literatura, com o intuito de conhecer o impacto do COVID-19 nos enfermeiros, dando assim resposta à questão de investigação formulada “Quais os fatores em contexto pandémico por COVID-19 que influenciam os níveis de *burnout*, ansiedade e depressão nos enfermeiros?”.

METODOLOGIA

Com base na pergunta de partida, a presente revisão sistemática da literatura tem como objetivo identificar os fatores associados à pandemia por COVID-19 que geram impacto na saúde mental dos enfermeiros, relativamente ao *burnout*, ansiedade e depressão. De forma a sistematizar o problema recorreu-se à abordagem PICO (Quadro 1).

Quadro 1 - Abordagem PICO

P	População/Pacientes	Enfermeiros(as)
I	Intervenção	Avaliar o impacto psicológico da pandemia por COVID-19 relativamente ao <i>burnout</i> , ansiedade e depressão.
C	Comparação	-
O	Desfechos (resultados em saúde) – eficácia	Fatores que influenciam a alteração dos níveis de <i>burnout</i> , ansiedade e depressão.

A pesquisa bibliográfica ocorreu entre dezembro de 2020 e janeiro de 2021, tendo sido realizada em várias bases de dados científicas: EBSCOhost; Cochrane Portugal; Elsevier - Science Direct (Freedom Collection); RCAAP e B-on. Foram utilizados os descritores MESH: *burnout*; ansiedade; depressão; enfermeiros(as); pandemia e COVID-19, conjugados com a expressão booleana “AND” em Português e Inglês.

O processo de constituição do corpo documental foi elaborado em conjunto por 4 autores, e por último, em reunião de consenso alargado pelos mesmos 4 autores,

resultando desse processo de seleção consensual 8 artigos científicos. Na Figura 1 apresenta-se o esquema da metodologia utilizada para a seleção dos artigos.

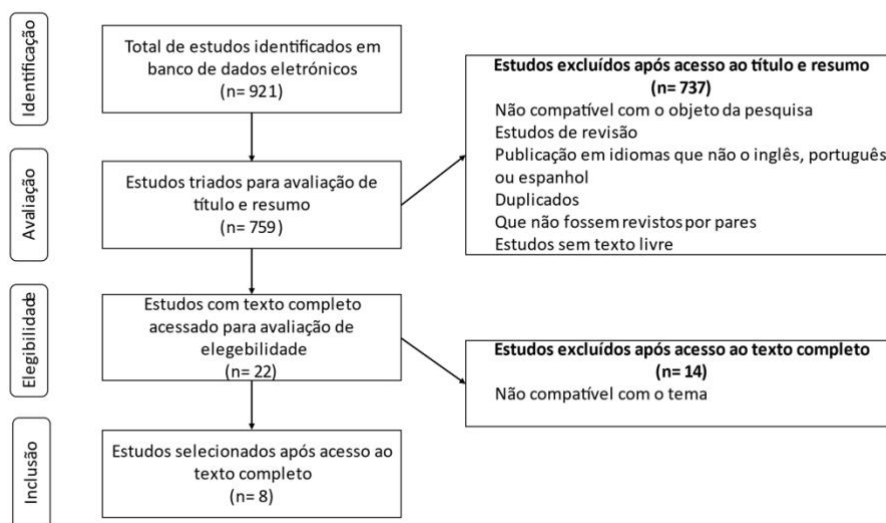


Figura 1 - Diagrama do processo de seleção dos artigos

De forma a analisar o conteúdo dos artigos, foi esquematizado um instrumento de colheitas de dados, que visa criar variáveis de análise em comum. A informação foi agrupada, de acordo com a técnica de análise de conteúdo, sem ter em conta qualquer referencial teórico (análise exploratória).

RESULTADOS

No Quadro 2, apresentam-se os artigos selecionados para análise, sendo estes enumerados, identificando os autores, data e título.

Quadro 2 - Identificação dos artigos científicos

Nº	Autores	Ano	Título
E1	Surrati, A., Mansuri, F. & Alihabbi, A.	2020	<i>Psychological impact of the COVID-19 pandemic on health care workers.</i>
E2	Miguel-Puga, J., Cooper-Briebiesca, D., Avelar-Garnica, F., Sanchez-Hurtado, L., Colin-Martínez, T., Espinosa-Poblano, E. & Jáuregui-Renaud, K.	2020	<i>Burnout, depersonalization, and anxiety contribute to posttraumatic stress in frontline health workers at COVID-19 patient care, a follow-up study.</i>
E3	Dobson, H., Malpas, C., Burrell, A., Gurchich, C., Chen, L., Kulkarni, J. & Winton-Brown, T.	2020	<i>Burnout and psychological distress amongst Australian healthcare workers during the COVID-19 pandemic</i>
E4	Giusti, E., Pedrolì, E., D'Aniello, G., Badiale, M., Riva, G., Caselnuovo, G. & Molinari, E.	2020	<i>The Psychological Impact of the COVID-19 Outbreak on Health Professionals: A Cross-Sectional Study</i>
E5	Zhang, Y., Wang, C., Pan, W., Zheng, J., Gao, J., Huang, X., Cai, S., Zhai, Y., Latour, J. & Zhu, C.	2020	<i>Stress, Burnout, and Coping Strategies of Frontline Nurses During the COVID-19 Epidemic in Wuhan and Shanghai, China</i>
E6	Han, L., Wong, F., She, D., Li, S., Yang, Y., Jiang, M., Ruan, Y., Su, Q, Ma, Y. & Chung, L.	2020	<i>Anxiety and Depression of Nurses in a North West Province in China During the Period of Novel Coronavirus Pneumonia Outbreak</i>
E7	Hu, D., kong, Y., Li, W., Han, Q., Zhang, X., Zhu, L., Wan, S., Liu, Z., Shen, Q., Yang, J., He, H. & Zhu, J.	2020	<i>Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study</i>
E8	Çelmeçe, N. & Menekay, M	2020	<i>The Effect of Stress, Anxiety and Burnout Levels of Healthcare Professionals Caring for COVID-19 Patients on Their Quality of Life</i>

Após a análise dos dados colhidos e organizados de cada artigo, foram identificados fatores comuns e divergentes ao conteúdo informal. A informação foi agrupada de acordo com a técnica de análise de conteúdo, sem ter em conta qualquer referencial teórico (análise exploratória), em quatro domínios: pessoal, profissional, sociofamiliar e económico. Posteriormente foram divididos em subdomínios: A) Pessoal: medo de morrer; medo de contrair a doença; resiliência; autoeficácia; sexo e idade. B) Profissional: falta de equipamentos de proteção individual (EPI's); trabalho direto com pessoas infetadas por COVID-19; falta de condições de trabalho em contexto de prática clínica/ falta de profissionais de saúde; falta de realização profissional; número acrescido de horas de trabalho; gestão por parte da chefia; falta de férias/ dias de descanso; práticas administrativas de apoio a fim de reduzir o stresse e a ansiedade dos profissionais de saúde; uso prolongado de EPI's; e formação. C) Sociofamiliar: medo de infetar familiares/amigos; isolamento social; falta de suporte sociofamiliar. D) Económico: remuneração inadequada.

DISCUSSÃO

Dos estudos analisados, os fatores de maior significância são relativamente ao domínio pessoal nomeadamente, o medo de contrair a doença, o sexo, a idade, o número de horas de trabalho e o suporte sociofamiliar. Verificou-se que no domínio pessoal, o medo de contrair a doença é unânime nos diferentes estudos e está relacionado com a prevenção da propagação da mesma para as pessoas que os rodeiam, familiares, doentes, colegas e amigos (E1, E4, E5, E6 e E7), interferindo assim positivamente com os níveis de *burnout* (E4), ansiedade (E6 e E7) e depressão (E6 e E7). Este medo pode relacionar-se à prestação de cuidados a pessoas com suspeita ou infetadas por COVID-19, que resulta em instabilidade emocional e pode justificar-se pelo risco de infeção, pela letalidade da doença e escassez de EPI's (Diogo, Sousa, Rodrigues, Silva e Santos, 2021).

Evidenciam-se divergências quanto ao género como fator de risco para o desenvolvimento de *burnout* no trabalho. No E2 conclui-se que o sexo não detém influência no *burnout* e ansiedade, porém as mulheres com ansiedade prévia são mais propensas ao stresse agudo. Paralelamente, no E1, os indivíduos do sexo feminino têm níveis de ansiedade superiores e no E4 maiores níveis de exaustão emocional e despersonalização. No E6 e E8 é feita referência ao aumento dos níveis de ansiedade e depressão nos indivíduos do sexo feminino atribuindo este aumento às obrigações familiares e encargos das mulheres. Estes achados podem justificar-se pelo facto de as mulheres serem mais propensas ao desenvolvimento de depressão e ansiedade (APA, 2014).

No que concerne à idade, os profissionais mais jovens (menos de 30 anos) são mais propensos ao desenvolvimento de *burnout* (Maslach, Schaufeli & Leiter 2001). Apura-

se que a idade influencia positivamente os níveis de resiliência e negativamente com os níveis de ansiedade e depressão (E2) e tem um efeito fraco a moderado sobre os níveis de *burnout* (E4, E5 e E6) e ansiedade (E4) nos profissionais de saúde, estando relacionado com a inexperiência dos jovens enfermeiros.

Quanto à resiliência dos profissionais, os enfermeiros com níveis mais elevados de resiliência apresentam menos medo de contrair a doença, considerando-se assim um fator protetor para o desenvolvimento de *burnout*, ansiedade e depressão (E2, E3 e E7). Corrobora com Diogo *et al.* (2021), que defende que a resiliência pode mitigar os efeitos relacionados com o trabalho e diminuir o impacto no sofrimento mental dos enfermeiros. O medo de morrer é manifestado por alguns enfermeiros na sequência de contrair a doença (E1 e E5), o que também converge com Diogo *et al.* (2021) que justifica o medo através da associação à letalidade da doença.

No que concerne à autoeficácia, está positivamente relacionada com a exaustão emocional e realização pessoal, e negativamente correlacionada com a ansiedade e depressão no estudo E7. De acordo com Gil-Monte & Peiró (2002), indivíduos com autoeficácia têm menores probabilidade de desenvolver síndrome de *burnout*.

Quanto ao número de horas de trabalho, as conclusões não são unânimes nos estudos analisados. Este facto pode ser justificado pelo número acrescido de horas de trabalho (E7) e pela falta de tempo para descanso e lazer (Benevides Pereira, 2002). O E1 refere não ter impacto significativo na depressão e ansiedade nos enfermeiros, enquanto o E8 afirma o contrário, o número acrescido de horas laborais relaciona-se positivamente ao aumento dos níveis de ansiedade destes profissionais. O facto de os enfermeiros trabalharem mais tempo em contexto de prestação de cuidados nas áreas de atendimento ao COVID-19, encontra-se associado ao aumento dos níveis de *burnout* (E4 e E5).

As práticas de aconselhamento e psicoterapia a colaboradores (E5), programas de gestão de stresse e recrutamento de maior número de profissionais (E8) contribuem como medidas protetoras da saúde mental dos profissionais. O planeamento de horário de trabalho e a criação de ambientes de repouso (E8) são fatores eficazes na prevenção do *burnout*, assim como o apoio espiritual (E4), a compensação financeira, o apoio dos supervisores, o fornecimento de material, a instrução clara de procedimentos e o conhecimento adequado sobre o COVID-19 (E5). Estes achados corroboram com Diogo *et al.* (2021), que refere ser imprescindível por parte das chefias, considerar a incorporação de elementos como a motivação, gestão de conflitos, formação, desenvolvimento, suporte, segurança e inovação na organização do trabalho dos enfermeiros no combate à COVID-19.

A ausência de medidas protetoras durante a pandemia (Padilha e Silva, 2020), contribuiu para o desenvolvimento do *burnout* (Oliveira *et al.*, 2021), devendo-se à

necessidade de lidar com as emergências COVID-19, tendo um efeito negativo sobre os enfermeiros (E4), assim como a vontade de gozar férias ou manifestação de afastamento das suas funções, que podem também relacionar-se com este fator (E6). Assim como referido por Vedovato *et al.* (2020), quanto aos EPI's, parte significativa dos profissionais de saúde não se sentem confiantes com o fornecimento dos materiais (E1), sendo uma preocupação pela dificuldade de acesso ao mesmo (E8). Esta escassez é vista como um fator que leva ao aumento do número de infetados entre os profissionais de saúde e responsável pelo aumento do stresse associado aos locais de trabalho (E1). Esta mesma realidade foi identificada na China (Lai *et al.*, 2020).

O uso prologado de EPI's contribui para o aumento dos níveis de *burnout*, ansiedade e depressão, estando diretamente relacionados com as lesões cutâneas e a sua gravidade (E7). Este facto pode ser explicado pelo desgaste e pelas lesões provocadas na pele e pelo desconforto (E5), que comprova o exposto por Diogo, *et al.* (2021), que refere que os EPI's são uma dificuldade para a prestação de cuidados, somando à sobrecarga física e emocional, aumenta os riscos de consequências psicopatológicas nos enfermeiros, traduzindo-se em níveis mais elevados de *burnout*. Converte com Zerbini, Ebigo, Reicherts, Kunz & Messman (2020), que num estudo desenvolvido no Hospital Universitário de Augsburg conclui que o trabalho direto com estas pessoas determina elevados níveis de stresse e *burnout* comparativamente aos enfermeiros que trabalham com pessoas não infetadas por este vírus.

Os níveis de ansiedade e depressão demonstram ser mais elevados nos enfermeiros com formação inadequada (E1), pois esta diminui os níveis de confiança dos profissionais de saúde (E6). Complementando os dados dos artigos, Benevides Pereira (2002) enuncia que o *burnout* é influenciado pelo nível educacional, que o indivíduo com níveis mais elevados de formação detém maior expectativa e responsabilidades profissionais. Neste sentido, o sofrimento psíquico dos enfermeiros é devido, em parte, à formação profissional inadequada perante o cenário pandémico pela COVID-19 (Souza *et al.*, 2020).

Verificou-se ainda um agravamento das condições de trabalho dos enfermeiros durante a pandemia (Souza, *et al.*, 2020), nomeadamente pela escassez de recursos humanos e o aumento da carga de trabalho, que culminou na amplificação do stresse no ambiente laboral (E1).

Relativamente à falta de férias/dias de descanso é sugerido pelo estudo E6 manter os dias de descanso e de férias dos profissionais de saúde, de forma que estes possam organizar tempo com a família e com os amigos mantendo o suporte social, constituindo assim uma prevenção para o desenvolvimento do *burnout* dos profissionais de saúde (Oser, Biebel, Pullen & Harp, 2013).

A falta de apoio sociofamiliar está relacionada com o desenvolvimento de *burnout* (E4), ansiedade e depressão (E7) dos profissionais de saúde. Isto evidenciou-se nos estudos triados através da saudade manifestada pelos profissionais relacionada com a separação da sua família durante a pandemia (E5), restrição de convívios com familiares e amigos devido à preocupação de contrair a doença e possibilidade de disseminação (E6) e falta de autorização para ausência do trabalho aquando do encerramento das instituições de ensino dos filhos menores (E8). O suporte dos colegas e amigos de confiança com disponibilidade para o diálogo e reflexão, segundo Benevides Pereira (2002), promove um suporte social como moderador afetivo no processo de *burnout*, assim como a família.

O risco de contágio e de morte sentido pelos enfermeiros que estão na linha da frente, conduz a uma privação do contacto físico com a família e comunidade, devido ao estigma ou medo de contaminação (OMS, 2020 citado por, Diogo *et al.*, 2021). Os enfermeiros justificam este isolamento intencional, pelo medo de infetar os familiares e amigos (E1 e E6) e a sua disseminação (E1 e E5), o que se traduz na elevação dos níveis de ansiedade (E1 e E6 e E7) e depressão (E6 e E7).

A compensação financeira é considerada como um apoio aos enfermeiros da linha da frente no que diz respeito ao seu bem-estar social e psicológico (E5). A baixa remuneração é apontada como uma variável importante, apesar de não determinante para o desenvolvimento de *burnout* (Kurowski, 1999; Maslach & Leiter, 1999 citado por Benevides Pereira, 2002).

CONCLUSÃO

O novo paradigma causado pelo COVID-19, trouxe junto dos enfermeiros novas transformações, acometendo perturbações na saúde, na sociedade e na economia.

O impacto nesta população tem manifestado elevados níveis de ansiedade, depressão e *burnout*, sendo influenciado por múltiplos fatores entre eles o medo e insegurança.

Dos diversos fatores com impacto na saúde mental dos enfermeiros, salientam-se os que influenciam positivamente os níveis de ansiedade, *burnout* e depressão, nomeadamente o medo de morrer e de contrair a doença, sexo feminino, falta de material de proteção individual, trabalho direto com pessoas infetadas por COVID-19, falta de condições de trabalho em contexto de prática clínica/ falta de profissionais de saúde, falta de realização profissional, número acrescido de horas de trabalho, gestão por parte da chefia, falta de férias/ dias de descanso, uso prolongado de EPI's, formação, medo de infetar familiares/amigos, isolamento social, falta de suporte social/familiar e a remuneração inadequada.

Contudo, constata-se a existência de fatores protetores da saúde mental dos enfermeiros, nomeadamente a autoeficácia dos profissionais, realização pessoal e profissional, assim como as práticas administrativas de apoio a estes profissionais.

Conclui-se assim que o COVID-19 veio trazer uma realidade com a qual os enfermeiros se irão deparar por tempo indeterminado, pelo que devem ser providos de condições que os permitam serem capazes de desempenhar as suas funções com qualidade e segurança.

IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA CLÍNICA

Atendendo aos resultados, urge a necessidade de implementação de medidas que minimizem o impacto desfavorável destes fatores na saúde mental dos enfermeiros, traduzindo-se em ganhos para os profissionais e pessoas cuidadas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Psychiatric Association – APA (2014). Manual de Diagnóstico e Estatística das Perturbações Mentais: DSM-5. Lisboa: Climepsi Editores;
- Benevides Pereira, A. M. T. (2002). Burnout: Quando o trabalho ameaça o bem-estar do trabalhador. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Çelmeçe, N. & Menekay, M. (2020). The effect of stress, anxiety and burnout levels of healthcare professionals caring for COVID-19 patients on their quality of life. *Frontiers in Psychology, 11* (597624), 1-7. doi: 10.3389/fpsyg.2020.597624.
- Diogo, P. M. J., Lemos e Sousa, M. O. C., Rodrigues, J. R. G. V., Almeida e Silva, T. A. A. M. & Santos, M. L. F. (2021). Trabalho emocional de enfermeiros da linha de frente do combate à pandemia de COVID-19. *Revista Brasileira de Enfermagem, 74* (Suplemento 1), doi: [10.1590/0034-7167-2020-0660](https://doi.org/10.1590/0034-7167-2020-0660)
- Dobson, H., Malpas, C. B., Burrell, A. Jc., Gurvich, C., Chen, L., Kulkarni, J., & Winton-Brown, T. (2020). Burnout and psychological distress amongst Australian healthcare workers during the COVID-19 pandemic. *Australas Psychiatry, 29*(1), 26-30. doi: 10.1177/1039856220965045.
- Gil-Monte, P. & Peiró, J. M^a. (1997). Desgaste psíquico en el trabajo: El Síndrome de Quemarse. Madrid: Editorial Síntesis.
- Giusti, E. M., Pedrolì, E., D'Aniello, G. E., Badiale, C. S., Pietrabissa, G., Manna, C., Badiale, M. S., Riva, G., Castelnuovo, G. & Molinari, E. (2020). The Psychological Impact of the COVID-19 Outbreak on Health Professionals: A Cross-Sectional Study. *Frontiers in Psychology, 11* (1684), 1-9. doi: [10.3389/fpsyg.2020.01684](https://doi.org/10.3389/fpsyg.2020.01684);
- Han, L., Wong, F. K. Y., Li, S. Y., Yang, Y. F., Jiang, M. Y., Ruan, Y., Su, Q., Ma, Y. & Chung L. Y. F. (2020, junho). Anxiety and Depression of Nurses in a North West Province in China During the Period of Novel Coronavirus Pneumonia Outbreak. *Journal of Nursing Scholarship, 52* (5), 564–573. doi: 10.1111/jnu.12590.
- Hu, D., Kong, Y., Li, W., Han, Q., Zhang, W., Zhu, L. X., Han, S. W., Liu, Z., Shen, Q., Yang, J., Gu He, H. & Zhu, J. (2020). Frontline nurses' burnout, anxiety, depression, and fear statuses and their associated factors during the COVID-19 outbreak in Wuhan, China: A large-scale cross-sectional study. *EClinicalMedicine, 24* (100424), 1-10. doi: 10.1016/j.eclinm.2020.100424;
- Lai J, Ma S, Wang Y, Cai Z, Hu J, Wei N, Wu J, Du H, Chen T, Li R, Tan H, Kang L, Yao L, Huang M, Wang H, Wang G, Liu Z, Hu S. Factors associated with mental health outcomes among health

- care workers exposed to Coronavirus disease 2019. *JAMA Network Open*, 3(3), 1-12. doi: 10.1001/jamanetworkopen.2020.3976.
- Maslach, C. (2003). *Burnout: The Cost of Caring*. Englewood: Malor Book, Los Altos, CA.
- Miguel-Puga, J. A., Cooper-Bribiesca, D., Avelar-Garnica, F. J., Sanchez-Hurtado, L. A., Colin-Martínez, T., Espinosa-Poblano, E., Anda-Garai, R. C., González-Díaz, J. I., Segura-Santos, O. B., Viatl-Ariaga, L. C., & Jáuregui-Renaud, K., (2020, março). Burnout, depersonalization, and anxiety contribute to posttraumatic stress in frontline health workers at COVID-19 patient care, a follow-up study. *Brain Behavior*, 11 (3) 1-9. doi: 10.1002/brb3.2007.
- Oliveira, A. R., Bezerra, T. C. G., Oliveira, T. H. A., Rezende, A. T., Figueiredo, C. V. & Costa, T. S. (2021). Síndrome de Burnout e Síndrome do Impostor: um estudo correlacional. *Research Society and Development*, 10 (3), 1-8. doi: [10.33448/rsd-v10i3.13344](https://doi.org/10.33448/rsd-v10i3.13344) 1
- Oser, C. B., Biebel, E. P., Pullen, E., & Harp, K. L. H. (2013, janeiro). Causes, Consequences, and Prevention of Burnout Among Substance Abuse Treatment Counselors: A Rural Versus Urban Comparison. *Journal of Psychoactive Drugs*, 45 (1), 17–27. doi: 10.1080/02791072.2013.763558.
- Padilha, J. M. S. C. e Silva, R. P. M. (2020). Impacte da Pandemia por Covid-16 nos Enfermeiros de Reabilitação Portugueses. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação*, 3 (2), 102-107. doi: [10.33194/rper.2020.v3.s2.15.5842](https://doi.org/10.33194/rper.2020.v3.s2.15.5842)
- Souza N.V.D.O., Carvalho E.C., Soares S.S.S., Varella T.C.M.M., Pereira S.E.M., Andrade K.B.S. (2020). Trabalho de enfermagem na pandemia da Covid-19 e repercussões para a saúde mental dos trabalhadores. *Revista Gaúcha Enfermagem*, 42. doi: [10.1590/1983-1447.2021.20200225](https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200225)
- Surrati, A. M. Q., Mansuri, F. M. A & Alihabi, A. A. A. (2020, novembro). Psychological impact of the COVID-19 pandemic on health care workers. *Journal of Taibah University Medical Sciences*, 15(6), 536-543. doi: 10.1016/j.jtumed.2020.10.005
- Vedovato, T.G., Andrade, C.B., Santos, D.L., Bitencourt, S.M., Almeida, L.P., Sampaio, J. F. S. (2020). Trabalhadores(as) da saúde e a COVID-19: condições de trabalho à deriva? *Revista Brasileira de Saúde Ocupacional*, 46, 1-15. doi: [10.1590/2317-6369000028520](https://doi.org/10.1590/2317-6369000028520)
- Zerbini, G., Ebigbo, A., Reicherts, P., Kunz, M. & Messman, H. (2020). Psychosocial burden of healthcare professionals in times of COVID-19 – a survey conducted at the University Hospital Augsburg. *German medical science: GMS e Journal*, 18, 1-9. doi: 10.3205/000281
- Zhang, Y., Wang, C. Pan, W., Zheng, J., Gao, J., Huang, X ... Zhu, C. (2020). Stress, Burnout, and Coping Strategies of Frontline Nurses During the COVID-19 Epidemic in Wuhan and Shanghai, China. *Frontiers in Psychology*, 11 (565520), 1-9. doi: 10.3389/fpsy.2020.565520;

O enfermeiro como protagonista na prevenção do suicídio: uma proposta de capacitação para a atenção primária

Carlos Henrique dos Reis Bomfim¹; Laerson da Silva de Andrade²; Karla Mayerling Paz Ledesma³; Marcos Vinicius Ferreira dos Santos⁴; Marluce Mechelli de Siqueira⁵

¹ Enf^o do Ambulatório de Especialidades Médicas do Município de Serra-ES, Mestrando do Programa de Pós-graduação em Enfermagem (PPGENF); Universidade Federal do Espírito Santo (UFES) e Membro do Centro de Estudos e Pesquisas sobre o Álcool e outras Drogas: Interconexões (CEPADi).

² Enf^o, Doutorando em Saúde Coletiva Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da UFES, Pesquisador do CEPADi.

³ Enf^a, Doutoranda em Saúde Coletiva Programa de Pós-graduação em Saúde Coletiva (PPGSC) da UFES, Pesquisadora do CEPADi.

⁴ Prof Adjunto do Dept^o de Enfermagem do Centro de Ciências da Saúde (CCS) da UFES; Coordenador do CEPADi e Co-Orientador.

⁵ Prof^a Titular do Dept^o de Enfermagem, PPGENF e PPGSC da UFES; Coordenadora de Pesquisa do CEPADi e Orientadora.

RESUMO

Introdução: O suicídio é um grande problema de saúde pública, e o profissional enfermeiro que está inserido neste contexto não tem preparo para a prevenção do suicídio em pacientes com comportamento de auto extermínio. **Objetivo** Nosso propósito é investigar as atitudes do enfermeiro em relação ao comportamento suicida antes e após capacitação acerca do tema e propor uma capacitação para identificação, avaliação, gestão e acompanhamento dos indivíduos com comportamento suicida, destinados aos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família do município de Serra-Espirito Santo. **Métodos:** Trata-se de um estudo comparativo sobre a avaliação da capacitação permanente destinada aos enfermeiros da ESF na APS do município de Serra-ES. Serão verificados os impactos de um projeto de capacitação sobre as atitudes dos profissionais da atenção básica diante do comportamento suicida, antes e após o curso de capacitação como verificação das mudanças esperadas através do instrumento Suicide Behavior Attitude Questionnaire. A variabilidade dos escores será testada em utilizando-se as análises multivariadas de covariância. **Resultados:** Espera-se que este processo influencie na transformação das atitudes dos profissionais de enfermagem frente ao comportamento suicida, aumente suas capacidades de identificação, avaliação e intervenção de pessoas em situação de risco, torne visível a importância do papel do profissional de enfermagem na atenção primária em saúde

mental e contribuir para o manejo integral desse fenômeno, bem como para a redução das taxas de suicídio.

Palavras chaves: Suicídio, Prevenção, Enfermagem, Educação, Atitudes.

ABSTRACT

Introduction: Suicide is a major public health problem. Although being professionals who are inserted in this context, nurses are not prepared to prevent suicide in patients with self-extermination behavior. **Objective** Our purpose is to investigate the attitudes of nurses in relation to suicidal behavior before and after training on the subject and to propose training for the identification, assessment, management and monitoring of individuals with suicidal behavior, intended for nurses of the Family Health Strategy (FHS) of the city from Serra-Espírito Santo. **Methods:** This is a comparative study on the evaluation of permanent training for FHS nurses in Primary Health Attention in the city of Serra-ES. The impacts of a training project on the attitudes of primary care professionals towards suicidal behavior will be verified, before and after the training course, as a verification of the expected changes through the Suicide Behavior Attitude Questionnaire. The variability of scores will be tested using multivariate analyzes of covariance. **Results:** It is expected that this process will influence the transformation of nursing professionals' attitudes towards suicidal behavior, increase their abilities to identify, assess and intervene in cases of people at risk, make visible the importance of the nursing professional's role in primary care in mental health and contribute to the comprehensive management of this phenomenon, as well as to the reduction of suicide rates.

Keywords: Suicide, Prevention, Nursing, Education, Attitudes.

RESUMEN

Introducción: El suicidio es un problema de salud pública de gran importancia en Brasil, y el profesional de enfermería que participa en los procesos de atención primaria de salud (APS) a través de la Estrategia de Salud de la Familiar (ESF) no se encuentra preparado para realizar su prevención en pacientes con conductas autolesivas. **Objetivo:** Nuestro objetivo es identificar las actitudes de los profesionales de enfermería respecto a la conducta suicida antes y después de una capacitación sobre este fenómeno y proponer un proceso de formación para la identificación, evaluación, manejo y seguimiento de individuos con conducta suicida, dirigido al personal de enfermería de la Estrategia de Salud de la Familiar del municipio de Serra-Espírito Santo (ES). **Métodos:** Se trata de un estudio comparativo de la evaluación de una capacitación permanente de profesionales de enfermería de la ESF en la APS del municipio de Serra-ES. Los impactos sobre las actitudes de los profesionales de atención primaria hacia la conducta suicida que genere el proyecto de capacitación serán verificados a través del Cuestionario de Actitud de Conducta Suicida que se

aplicará antes y después del curso para identificar los cambios esperados. La variabilidad de las puntuaciones se probará mediante análisis de covarianza multivariante. **Resultados:** Se espera que este proceso influya en la transformación de las actitudes de los profesionales de enfermería hacia la conducta suicida, aumente sus capacidades para identificar, evaluar e intervenir a las personas en riesgo, visibilice la importancia del papel de los profesionales de enfermería en la atención primaria de salud mental y contribuya a la gestión integral de este fenómeno, así como para reducir las tasas de suicidio.

Palabras clave: Suicidio, Prevención, Enfermería, Educación, Actitudes.

INTRODUÇÃO

O suicídio é um fenômeno complexo, por ser multifacetado, tendo em vista que não se esgota em um único campo de conhecimento, reunindo fatores neurobiológicos, genéticos, psicológicos, sociais, culturais, religiosos, filosóficos, ambientais, epidemiológicos e individuais (MELEIROS, 2018).

Atualmente o suicídio tem um grande impacto na saúde pública, representado 1,4% de todas as mortes em todo o mundo é a segunda causa de morte entre jovens de 15 a 29 anos. Estima-se que a cada 3 segundos uma pessoa tente suicídio e que a cada 40 segundos uma pessoa morre por auto extermínio. cerca de 800 mil de óbitos no mundo ocorrem anualmente, e quando se fala de tentativa de suicídio, se prevê 20 vezes mais ao número de suicídio. A escala mundial das taxas de suicídio reduziu em 36% no período de 2000 a 2019, excetuando a região das América aumentou em 17% no mesmo período (WORLD HEALTH ORGANIZATION, 2006; 2014; 2019).

Entre 2010 e 2019, em nosso País ocorreram 112.230 mortes, com um aumento de 43% no número anual de 9.454 em 2010, para 13.523 em 2019 (BRASIL, 2021)

No estado do Espírito Santo a taxa de suicídio por 100 mil habitantes esteve com certa estabilidade nos óbitos por suicídio em torno dos 4,00/100 mil habitantes por um longo período. No entanto, a partir de 2017 e 2018 registra uma alta no número de óbitos por suicídio, com uma taxa de 5,20 e 5,82/100 mil habitantes, respectivamente (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO, 2019).

Os maiores índices de mortalidade por suicídio até o ano de 2016, no Espírito Santo, se encontravam nos municípios do interior, no entanto, em 2018, observa-se a Região Metropolitana, com ênfase na Região da Grande Vitória com o maior índice (SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE DO ESPÍRITO SANTO, 2019).

No município de Serra, entre os anos 2000 e 2019, a taxa de suicídio aumentou de 2.13 para 5.22/100mil habitantes acompanhando os dados da região metropolitana e do Estado mostrados anteriormente (BRASIL, 2019).

Face ao exposto, é mister a necessidade de ampla intervenção do atual quadro em termos de prevenção e promoção de saúde no que tange a temática do suicídio. A

Estratégia Saúde da Família, apresenta a principal porta de entrada da Atenção Primária a Saúde (APS), e ocupa espaço privilegiado no cuidado direto e na articulação da rede de suporte a pessoa em risco (ALMEIDA, 2020).

Para Silva e Souza (2020), existe um despreparo dos profissionais em relação ao usuário com comportamento suicida. Neste sentido a ESF é um ponto de atenção fundamental para esse cuidado, pois, nele, os profissionais têm maior chance de realizar detecção precoce desses usuários em sofrimento, rastreamento, acompanhamento e adoção de ações de prevenção. É fundamental que os profissionais estejam preparados para atender os usuários com comportamentos suicida. Para isso, torna-se necessária a adoção de ações de educação permanente para desmistificação do suicídio para o desenvolvimento de comportamentos menos preconceituosos, estigmatizantes e moralistas diante ao problema e do próprio usuário.

A importância do treinamento do profissional enfermeiro dentro da temática do suicídio advém da questão de que dentro da ESF, o mesmo vem apresentando um papel fundamental não só nas vertentes administrativas, mais dentro do acolhimento e das consultas de enfermagem, que vai desde a demanda espontânea, passando a saúde da criança, do adolescente, da mulher, saúde do homem e do idoso. Neste sentido a capacitação deste profissional é imprescindível, por saber que ele não só está em contato com os indivíduos em todos os ciclos de vida, mas norteando não só outros profissionais como agentes comunitários de saúde e técnicos em enfermagem, como também, a redes que integram o SUS (GOMES *et al.*, 2019)

OBJETIVO

Nosso propósito é investigar as atitudes do enfermeiro em relação ao comportamento suicida antes e após capacitação acerca do tema. A capacitação abrangerá a identificação, avaliação, gestão e acompanhamento dos indivíduos com comportamento suicida, sendo destinada aos enfermeiros da Estratégia de Saúde da Família do município de Serra-ES.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo comparativo sobre a avaliação de capacitação destinados aos enfermeiros da ESF na APS do município de Serra-ES. Serão verificados os impactos da capacitação sobre as atitudes dos enfermeiros da atenção básica frente ao comportamento suicida, antes e após o curso de capacitação como verificação das mudanças esperadas através do instrumento Suicide Behavior Attitude Questionnaire (SBAQ) (BOTEGA, 2005).

Os critérios de inclusão para o estudo são: ser enfermeiro atuante na Estratégia de Saúde da Família, com experiência mínima de 01 (um) ano e mediante o seu aceite e assinatura do Termo Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os enfermeiros serão indicados pela Secretaria Municipal de Saúde, tendo como critério as Unidades que apresentam comunidades com maior prevalência na questão do comportamento suicida ou enfermeiros que tenham interesse na temática apresentada. O instrumento utilizado será o Questionário de Atitudes em Relação ao Comportamento Suicida (*Suicide Behavior Attitude Questionnaire - SBAQ*), composto por 21 itens dispostos em uma escala visual analógica. Cada afirmativa é seguida por uma linha contínua de 100 milímetros cujas respostas vão desde “discordo totalmente” em uma extremidade a “concordo totalmente” na outra. Será solicitado ao participante a indicar um ponto em cada linha que melhor reflète suas opiniões, sentimentos e reações em relação ao comportamento suicida. O instrumento possui 3 subescalas fatoriais, a saber: “Sentimentos em relação ao paciente” (questões 2, 5, 9, 13, 15, 17, 19), “Capacidade para lidar com situações que envolvem o comportamento suicida”(questões 1,7,10,12) e concepções sobre o “Direito ao suicídio”(questões 3, 4, 6, 16, 18). Escores mais baixos apresentam atitudes positivas no fator “Sentimento”; escores mais elevados apontam para atitudes positivas no fator “Capacidade”, inferindo maior segurança para lidar com pacientes com comportamento suicida. Em relação ao fator “Direito”, escores mais elevados refletem a crença de que uma pessoa não tem direito de cometer suicídio, significando uma atitude mais moralista. O SBAQ não apresenta pontos de corte dos escores que categorizem os resultados, e pode ser analisado por meio dos três fatores ou pela avaliação individual dos 21 itens. O estudo de validação mostrou ser um instrumento de fácil manuseio para avaliar as atitudes em relação ao suicídio (BOTEGA,2005;2015).

A relevância desta mensuração parte do pressuposto de que atitudes consideradas negativas influenciam para a uma conduta não adequada ou protocolar, que perpassa desde um afastamento aversivo a uma superproteção do paciente (CAIS *et al.*, 2011; BOTEGA 2015) e que aqueles profissionais que refletem melhor aceitação do comportamento suicida têm maior probabilidade de prestar assistência de saúde positiva aos pacientes suicidas (CARMONA-NAVARRO, 2012).

A variabilidade dos escores será testada, utilizando-se as análises multivariadas de covariância (ANOVA, ANCOVA, MANOVA e/ou MANCOVA), será utilizado o software Jamovi (Versão 2) (2021). Para o cálculo amostral para comparação de 2 grupos com avaliação em 2 momentos foram considerados os seguintes parâmetros: tamanho de efeito de 0,5; alfa de 0,05, poder de teste de 80%. Assim, a amostra mínima é de 30 participantes. Foi utilizado o software Gpower (Versão 3) (2007).

A pesquisa realizada apresenta também características de um estudo qualitativo, que segundo Silva e Godoi (2006), apresentaria características de incluir descrição, interpretação e compreensão; apresentar identificação e padrões recorrentes (categorias, fatores, variáveis e temas); usar um arcabouço teórico preexistente atuação

dos profissionais de enfermagem na avaliação, assistência e acompanhamento de pacientes com histórico de tentativas, risco e ideação suicídio.

Em ambos métodos de pesquisa, será conduzida de forma a comparar dois grupos de profissionais de saúde. Um será exposto ao curso sobre prevenção ao suicídio e outro grupo será o grupo controle, assim será garantido a validade interna e externa na comparação das atitudes frente ao suicídio.

A variabilidade dos escores será testada em utilizando-se as análises multivariadas de covariância (ANOVA, ANCOVA, MANOVA E/OU MANCOVA), será utilizado o software Jamovi (Versão 2) (2021). Para o cálculo amostral para comparação de 2 grupos com avaliação em 2 momentos foram considerados os seguintes parâmetros: tamanho de efeito de 0,5; alfa de 0,05, poder de teste de 80%. Assim, a amostra mínima é de 30 participantes. Foi utilizado o software Gpower (Versão 3) (2007). A pesquisa realizada apresenta também características de um estudo qualitativo, que segundo Silva e Godoi (2006), apresentaria características de incluir descrição, interpretação e compreensão; apresentar identificação e padrões recorrentes (categorias, fatores, variáveis e temas); usar um arcabouço teórico preexistente atuação dos profissionais de enfermagem na avaliação, assistência e acompanhamento de pacientes com histórico de tentativas, risco e ideação suicídio.

Em ambos métodos de pesquisa, será conduzida de forma a comparar dois grupos de profissionais de saúde. Um será exposto ao curso sobre prevenção ao suicídio e outro grupo será o grupo controle, assim será garantido a validade interna e externa na comparação das atitudes frente ao suicídio.

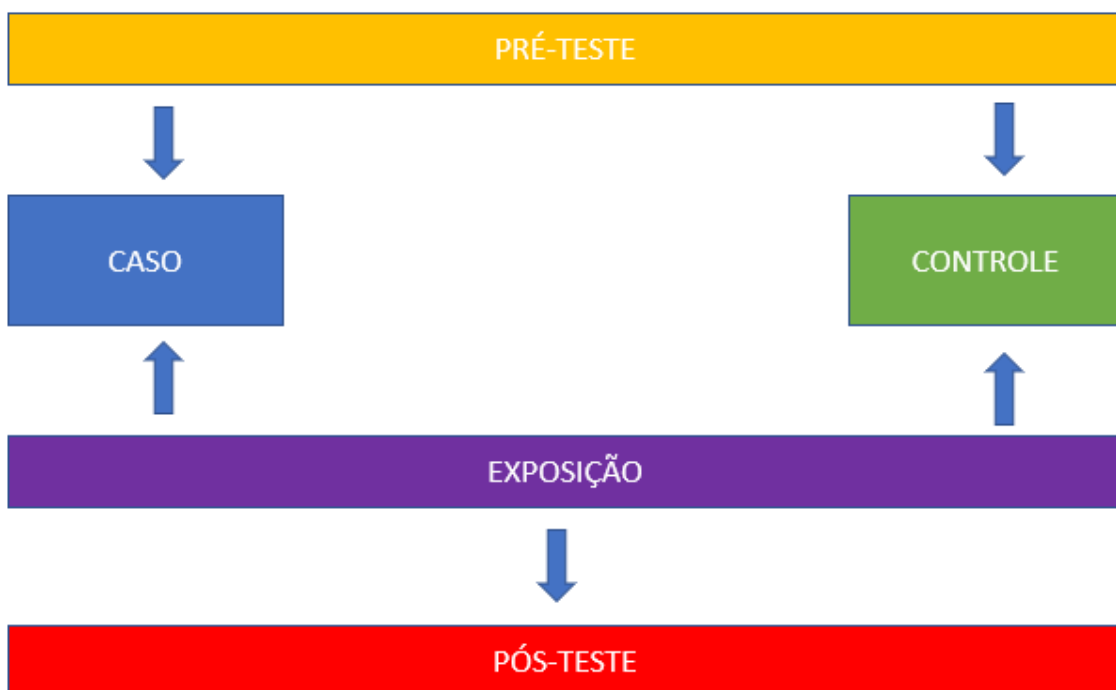


Figura 1 - Desenho de pesquisa

A capacitação será ministrada em 07 (sete) encontros presenciais, interativos e integrativos. A metodologia adotada para esta capacitação envolverá as seguintes estratégias pedagógicas: aula expositiva, roda de conversa, apresentação de filmes sobre a temática seguido de roda de discussão, dramatização de atendimentos reais ou fictícios e supervisão de caso. Cada turma terá no máximo 20 enfermeiros. Haverá disponibilidade de capacitação no turno da manhã e da tarde para que não haja problemas na relação dos profissionais com os usuários e com a gestão do serviço. O número de turmas dependerá da quantidade de enfermeiros inscritos. A carga horária de cada encontro será de 04 (quatro) horas, totalizando 40 horas de treinamento, sendo 28 horas presenciais e 12 horas não presenciais. Este instrumento será aplicado anonimamente no início do curso e ao seu término para avaliar a postura atitudinal do profissional no que tange ao suicídio.

Os conteúdos programáticos terão a seguinte distribuição: No 1º encontro discute a (Re)significação dos conceitos, apresentando os aspectos históricos e sociológicos do suicídio bem como suas abordagens teóricas. No 2º encontro, apresentar-se-á a magnitude do suicídio a partir dos seus aspectos epidemiológicos, o suicídio no Mundo, Brasil e no Espírito Santo. Com um olhar para o Suicídio em populações específicas: Infância e Adolescência, Mulheres, Terceira Idade, População LGBTQIA+, Profissionais de Saúde. O 3º encontro aborda as psicopatologias e o suicídio, buscando defini-las, como também as autolesões. O 4º encontro explora a relação farmacologia e suicídio, bem como as substâncias protetivas e de risco. O 5º encontro trabalha a relação de ajuda sob a ótica da motivação, entrevista e as ferramentas de avaliação. O 6º encontro aborda suicídio e pós-venção, com foco nos sobreviventes. E, por fim, o 7º encontro trabalha a relação da sistematização do atendimento de enfermagem.

RESULTADOS

Espera-se que este processo influencie na transformação das atitudes dos profissionais de enfermagem frente ao comportamento suicida, aumente suas capacidades de identificação, avaliação e intervenção de pessoas em situação de risco, torne visível a importância do papel do profissional de enfermagem na atenção primária em saúde mental e contribuir para o manejo integral desse fenômeno, bem como para a redução das taxas de suicídio.

Sensibilizar os enfermeiros quanto a temática abordada, promovendo melhor acolhimento ao paciente e adesão ao tratamento.

Aumentar a capacidade de conduta e manejo ao paciente suicida, não só na abordagem individual, mas utilizando-se das referências de apoio de forma otimizada.

Implementar a sistematização da Assistência de Enfermagem frente ao comportamento suicida com base nos sistemas NANDA-I, CIPE, NIC e NOC.

Estabelecer uma educação continuada acerca do suicídio no município de Serra, por um método multiplicação no serviço por aqueles profissionais já treinados.

Contribuir na diminuição das taxas de suicídio do município de Serra a médio e longo prazo, considerando as implementações sugeridas são apenas um tipo de prevenção, dentro da cadeia intervenções que podem ser realizadas.

CONCLUSÕES

Acredita-se que a partir deste modelo de capacitação, teremos uma aproximação das percepções dos enfermeiros da ESF sobre a temática, bem com qualificação das condutas para enfrentamento desta problemática no âmbito individual e coletivo.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ALMEIDA, Aline Siqueira de; VEDANA, Kelly Graziani Giacchero. Formação e atitudes relacionadas às tentativas de suicídio entre profissionais de estratégias de saúde da família. Smad, rev. Eletrônica saúde mental álcool drog. (ed. Port.), ribeirão preto , v. 16, n. 4, p. 92-99, dez2020..Disponívelem<http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=s180669762020000400012&lng=pt&nrm=iso>.Acesso em30set.2021.[Http://dx.doi.org/10.11606/issn.18066976.smad.2020.165054](http://dx.doi.org/10.11606/issn.18066976.smad.2020.165054).
- BOTEGA, N.J. Crise Suicida: avaliação e manejo. Porto Alegre: Artmed: 2015.
- Botega NJ, Reginato DG, Silva SV, Cais CFS, Rapeli CB, Mauro MLF Nursing personnel attitudes towards suicide: the development of a measure scale. Rev Bras Psiquiatr 2005;27(4):31518
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Perfil epidemiológico das tentativas e óbitos por suicídio no Brasil e a rede de atenção à saúde. Boletim Epidemiológico [Internet]. 2017: v.48 n.30, p.1-18. Disponível em: [HTTP://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf](http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2017/setembro/21/2017-025-Perfil-epidemiologico-das-tentativas-e-obitos-por-suicidio-no-Brasil-e-a-rede-de-atencao-a-saude.pdf). Acesso em: 20 jun 2020.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Mortalidade por suicídio e notificações de lesões auto provocadas no Brasil. Boletim Epidemiológico [Internet]. 2021: v.52 n.33, p.1-10. Disponível em: https://www.gov.br/saude/ptbr/media/pdf/2021/setembro/20/boletim_epidemiologico_svs_33_final.pdf . Acesso em: 22/11?2021.
- Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Perfil epidemiológico dos casos notificados de violência autoprovocada e óbitos por suicídio entre jovens de 15 a 29 anos no Brasil, 2011 a 2018. Boletim Epidemiológico [Internet]. 2019: v.50 n.24, p.1-14. Disponível em: <http://portalarquivos2.saude.gov.br/images/pdf/2019/setembro/13/BE-suic--dio-24-final.pdf>. Acesso em: 15 ago 2020.
- BULECHEK GM, BUTCHER HK, DOCHTERMAN J, WAGNER CM. Classificação das Intervenções de Enfermagem – NIC 6a Ed São Paulo: Elsevier, 2016.
- CAIS da Silva CF, DA SILVEIRA IU, STEFANELLO S, BOTEGA NJ. Suicide prevention training for professionals in the public health network in a large Brazilian city. Arch Suicide Res. 2011;15(4):384-389. doi:10.1080/13811118.2011.616152

CARMONA-NAVARRO, M^a Carmen; PICHARDO-MARTÍNEZ, M^a Carmen. Atitudes dos profissionais de enfermagem frente ao comportamento suicida: influência da inteligência emocional. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* [online]. 2012, v. 20, n. 6 [Acessado em 30 de setembro de 2021], pp. 1161-1168. Disponível em: <<https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000600019>>. Epub, 17 de dezembro de 2012. ISSN 1518-8345. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692012000600019>.

ESPÍRITO SANTO. Boletim Epidemiológico: Uma análise de saúde: segundo perfil da mortalidade geral, causas externas, mulheres em idade fértil e notificações de violência interpessoal/autoprovoçadas. 3 Ed. 2019. Disponível em:<https://saude.es.gov.br/Media/sesa/Documentos/Boletim%20Epidemiol%C3%B3gico%20%C2%AA%20Edi%C3%A7%C3%A2o.pdf>. Acessado em 10 set 2020.

FAUL F, ERDFELDER E, LANG AG, BUCHNER A. (2007). G*Power 3: A flexible statistical power analysis program for the social, behavioral, and biomedical sciences. *Behavior Research Methods*, 39, 175-191.

GARCIA, T. R. (Org.). Classificação Internacional para a Prática Enfermagem (CIPE)®: versão 2017. Porto alegre: Artmed, 2018.

GOMES, OL; SANTOS, FPA; RODRIGUES, VA; NASCIMENTO, MS; BOERY, EN. Processo de trabalho do enfermeiro na estratégia da saúde da família. *Revista Baiana de Saude Publica* V43 N1, 2019. Disponível em: <https://rbsp.sesab.ba.gov.br/index.php/rbsp/article/view/2480>. Acessado em : 22/11/2021

HERDMAN TH, KAMITSURU S. Diagnósticos de enfermagem da NANDA-I: Definições e classificação 2018-2020. 11^a ed. Porto Alegre: Artmed; 2018.

JAMOVI PROJECT (Version 2.0). [Computer Software], 2021. Retrieved from <https://www.jamovi.org>.

JOHNSON M, MOORHEAD S, MAAS ML, SWANSON E. Classificação dos Resultados de Enfermagem - NOC .6. ed. São Paulo: Elsevier, 2016.

MELEIROS, Amas; CORREA, H. Comportamento suicida. In Meleiro AMAS. *Psiquiatria: estudos fundamentais*. 1.ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2018.

MOORHEAD S, JOHNSON M, Maas M, SWANSON E. Classificação dos Resultados de Enfermagem (NOC). 6^a ed. São Paulo: Elsevier, 2020.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Relatório mundial sobre violência e saúde. Brasília, 2002.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DE SAÚDE (OMS). Ação de saúde pública para a prevenção de suicídio: uma estrutura. Genebra: OMS, 2012

SILVA, FP; SOUZA de AC. Atitudes dos profissionais no cuidado em situação de suicídio: estudo transversal. *Online Brazilian Journal of Nursing*. V20 2021. Disponível em: [http:// www .objnursing .u ff. b r/ind ex.php/nursing/article/view/6418](http://www.objnursing.u ff. b r/ind ex.php/nursing/article/view/6418). Acessado em 22/11/2021

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Preventing Suicide: a resource for counselors. Geneva: World Health Organization, 2006. Disponível em: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43487/9241594314_eng.pdf;jsessionid=2274C77ED872C0F178C34B93019868CA?sequence=1. Acesso em: 27 set. 2021.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Preventing suicide: a global imperative. Geneva: WHO; 2014. Disponível em: <http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/131056/1/9789241564779_

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Suicide in the world Global Health Estimates. 2019. Disponível em: <<https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326948/WHO-MSD-MER-19.3-eng.pdf?ua=1>>. Acesso em: 27 set. 2021

Promoção da saúde e bem-estar em teletrabalho

Ana Filipa Trigo¹; Carina Nogueira Costa²; Natália Saraiva Ernesto³; Margarida Ferreira⁴

¹Enfermeira no Hospital Privado de Braga Centro, Braga, Portugal. Email: 42013@ufp.edu.pt

²Enfermeira no Hospital de Santo António, Porto, Portugal. E-mail: 42012@ufp.edu.pt

³Enfermeira na ESSO Exploration Angola (Block 15) Angola. E-mail: 41949@ufp.edu.pt

⁴ Professora Adjunta, Escola Superior de Saúde da Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal. E-mail: mmmferreira@ufp.edu.pt; Investigadora Doutorada Integrada no grupo de investigação “NursID”- CINTESIS, Porto, Portugal.

RESUMO

Tem-se assistido a mudanças significativas nos locais de trabalho privilegiando-se a qualidade de vida do trabalhador. A investigação sobre o teletrabalho tem demonstrado que o teletrabalhador tende a trabalhar mais horas devido a alterações nas rotinas de trabalho e à maior fluidez das fronteiras entre o trabalho remunerado e a vida pessoal. Os longos períodos de trabalho sedentário, falta de exercício físico, trabalho isolado e *stress* são alguns dos riscos associados ao teletrabalho com impacto na saúde músculo-esquelética e mental dos trabalhadores. Os espaços de trabalho são considerados prioritários para o desenvolvimento de ações de Promoção de Saúde, influenciando o bem-estar dos trabalhadores. **Objetivos:** 1) Identificar os riscos profissionais que envolvem o teletrabalhador; 2) Promover comportamentos e estilos de vida saudáveis aos teletrabalhadores. **Material e Métodos:** Metodologia de Projeto de Intervenção em Saúde baseado no ciclo PDCA (*Plan, Do, Check, Adjust*). Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. **Resultados:** Foram definidas estratégias de intervenção nomeadamente sessões de saúde e bem-estar para os trabalhadores e gestão, que serão avaliados através dos indicadores e metas definidos, nomeadamente o número de funcionários presentes. **Conclusões:** Os Programas de Saúde e bem-estar contribuem para a diminuição de fatores geradores de *stress*, lesões, maiores níveis de satisfação e produtividade. Com as devidas adaptações atendendo às especificidades do teletrabalho, propomos que este projeto seja replicado em várias empresas.

Palavras-chave: Bem-estar; Promoção da saúde; Teletrabalhador; Teletrabalho

ABSTRACT

Significant changes have been witnessed in the workplace, focusing on the worker's quality of life. Research on telework has shown that teleworkers tend to work longer hours due to changes in work routines and the greater fluidity of the boundaries between paid work and personal life. Long periods of sedentary work, lack of physical exercise, isolated work and

stress are some of the risks associated with telework with an impact on the musculoskeletal and mental health of workers. Workspaces are considered a priority for the development of Health Promotion actions, influencing the well-being of workers. **Objectives:** 1) Identify the professional risks involving the teleworker; 2) Promote healthy behaviors and lifestyles to teleworkers. **Material and Methods:** Health Intervention Project Methodology based on the PDCA cycle (Plan, Do, Check, Adjust). Nola Pender's Health Promotion Model. **Results:** Intervention strategies were defined, including health and well-being sessions for workers and management. These will be evaluated through the defined indicators and targets, namely the number of employees present. **Conclusions:** The Health and Wellness Programs contribute to the reduction of factors that generate stress, injuries, higher levels of satisfaction and productivity. With the necessary adaptations taking into account the specificities of telework, we propose that this project be replicated in several companies.

Keywords: Well-being, Health promotion, Teleworker, Telework

RESUMEN

Se han producido cambios significativos en el ámbito laboral, centrándose en la calidad de vida del trabajador. La investigación sobre el teletrabajo ha demostrado que los teletrabajadores tienden a trabajar más horas debido a los cambios en las rutinas laborales y la mayor fluidez de los límites entre el trabajo remunerado y la vida personal. Largos periodos de trabajo sedentario, falta de ejercicio físico, trabajo aislado y estrés son algunos de los riesgos asociados al teletrabajo con impacto en la salud musculoesquelética y mental de los trabajadores. Los espacios de trabajo son considerados una prioridad para el desarrollo de acciones de Promoción de la Salud, incidiendo en el bienestar de los trabajadores. **Objetivos:** 1) Identificar los riesgos profesionales del teletrabajador; 2) Promover comportamientos y estilos de vida saludables para los teletrabajadores. **Material y Métodos:** Metodología de Proyectos de Intervención en Salud basada en el ciclo PDCA (Planificar, Hacer, Verificar, Ajustar). Modelo de promoción de la salud de Nola Pender. **Resultados:** Se definieron estrategias de intervención, incluyendo sesiones de salud y bienestar para trabajadores y gerencia. Estos serán evaluados a través de los indicadores y objetivos definidos, es decir, el número de empleados presentes. **Conclusiones:** Los Programas de Salud y Bienestar contribuyen a la reducción de factores que generan estrés, lesiones, mayores niveles de satisfacción y productividad. Con las adaptaciones necesarias teniendo en cuenta las especificidades del teletrabajo, proponemos que este proyecto sea replicado en varias empresas.

Palabras clave: Bienestar, Promoción de la salud, Teletrabajador, Teletrabajo

INTRODUÇÃO

O conceito de teletrabalho é definido como a realização do trabalho fora das instalações da entidade empregadora com recurso às Tecnologias de Informação e Comunicação (TIC) (Eurofound e Organização Internacional do Trabalho [OIT] 2017), e apesar de já remontar a várias décadas, foi iniciado e/ou intensificado por muitas empresas devido à pandemia associada ao SARS-COV-2 (Santos et al, 2020).

As características físicas e ambientais dos postos de trabalho no domicílio e os hábitos de trabalho com estes relacionados são fundamentais para a capacidade de desempenho das tarefas remotamente e de forma eficaz (OIT, 2020), no entanto, a modalidade de teletrabalho ocorre muitas vezes sem grande consideração pelos requisitos de Saúde e Segurança, que de outra forma se aplicariam aos locais de trabalho das entidades empregadoras, com funções e responsabilidades claras para garantir o bem-estar físico e mental dos funcionários (OIT, 2020).

Segundo Santos et al (2020) cit. OIT, há um aumento de 45% de produtividade em teletrabalhadores, sendo associado, entre outros, à melhor qualidade de vida, ganho de tempo e custos, melhor gestão de tempo e o facto de estarem presentes no contexto familiar (Palmer, 2021). Por outro lado, como aspetos dificultadores, Palmer (2021) aponta, entre outras, as lesões músculo-esqueléticas (LME), a inadequação do material de trabalho e conflitos trabalho-família, sendo desta forma geradores de *stress* e, conseqüentemente, afetando a saúde, bem-estar e qualidade de vida dos teletrabalhadores. Assim, é consensual que em questão de Saúde e Segurança no Trabalho (SST) nesta temática, os desafios mais reconhecidos são os riscos psicossociais, ergonómicos e as alterações dos estilos de vida.

Tendo em conta que o contexto de trabalho influencia diretamente o bem-estar dos trabalhadores e quando este é seguro e saudável, tem um reflexo positivo na saúde e bem-estar das suas famílias, comunidades e sociedade, podemos considerar o espaço de trabalho como um local estratégico, privilegiado e prioritário para o desenvolvimento de ações de Promoção de Saúde (PS). Assim, consideramos que é fulcral uma intervenção precoce e efetiva a nível das equipas de Saúde Ocupacional, nomeadamente do Enfermeiro do Trabalho.

A SO é definida como uma atividade preventiva que visa a identificação, avaliação e controlo dos riscos associados ao local de trabalho e à vigilância e promoção da saúde no mesmo, procurando garantir ambientes de trabalho e trabalhadores saudáveis (Direção Geral da Saúde [DGS], 2013). A PS tem deste modo um papel preponderante, visando a transformação social e o empoderamento social e comunitário (Carvalho, 2015), sendo que os profissionais com intervenção na PS deverão ajudar os indivíduos e os grupos a construir a sua autonomia e responsabilidade. Também Pender (2011) reforça que um comportamento de

PS, quando integrado num estilo de vida saudável, resulta na melhoria da saúde e da qualidade de vida em todos os estadios de desenvolvimento.

Este projeto surge como uma estratégia local de intervenção - a nível do posto de trabalho, com os objetivos de identificar os riscos profissionais que envolvem o teletrabalhador e promover comportamentos e estilos de vida saudáveis.

METODOLOGIA

Como referencial teórico, baseou-se no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. Utilizou-se a metodologia de Projeto de Intervenção em Saúde baseado no ciclo PDCA (Plan, Do, Check, Adjust), isto é, a primeira fase consistiu num diagnóstico da situação, na qual foram identificadas as áreas prioritárias e os fatores condicionantes no que concerne aos teletrabalhadores. Após deteção e análise das necessidades encontradas, definimos os objetivos e as estratégias de intervenção a implementar na população alvo. A avaliação será efetuada através dos indicadores e metas definidos, contudo, sendo um Projeto de PS será avaliado a longo prazo. Por último, é importante refletir nos resultados obtidos e melhorar as intervenções que não tiveram o resultado pretendido, estando desta forma a contribuir para a melhoria contínua.

A técnica utilizada para a recolha de dados sociodemográficos consistiu num questionário, existente na empresa, enviado por *email* a todos os funcionários. Este é constituído por um conjunto de questões com o propósito de caracterizar o perfil da população alvo. Permitiu identificar género, idade, número e idade dos filhos e hábitos de vida, conforme consta na tabela 1. A Empresa do ramo informático onde será aplicado o projeto é sediada em Braga, com uma população trabalhadora constituída por 80 profissionais, dos quais 50 encontram-se atualmente em Teletrabalho (63 %). Foram estes trabalhadores que integraram a amostra de conveniência do estudo. Após análise dos dados, verificou-se a seguinte caracterização demográfica:

Tabela 1 – Caracterização Demográfica

GÉNERO (%)		IDADE DOS TRABALHADORES		ATIVIDADE FÍSICA	
Mulheres	30%	25-34 anos	36%	Sem atividade física	56%
Homens	70%	55 ou +	2%	Atividade 1 x/semana	44%
PROFISSÃO		IDADE DOS FILHOS		ESTADO CIVIL	
Eng. Informático	65%	Filhos 0-4 anos	26%	Casados/união de facto	56%
Dep. Rec.Humanos	35%	Filhos 5-10 anos	34%		

Após análise da caracterização demográfica, identificou-se os principais potenciais riscos descritos na tabela abaixo:

Tabela 2 - Teletrabalho - Riscos relacionados com os fatores psicossociais

Problemáticas	Objetivos e medidas a adotar
Dificuldades de gerir os períodos de trabalho, de vida familiar e de lazer: Dificuldade em manter horários definidos (de trabalho e não-trabalho) ao longo do dia e a necessidade de recorrer ao <i>multitasking</i> , trabalhando e cuidando dos filhos ao mesmo tempo.	Definir fronteiras entre a vida profissional e pessoal/familiar. Estas fronteiras são importantes na medida em que contribuem para o bem-estar e saúde psicológica. Quando o trabalho se instala em casa, há que pensar em novas formas de criar essa separação. É importante criar novos rituais que marquem de forma clara o início e o fim do dia de teletrabalho.
Horários alargados e teledisponibilidade: Diluição entre as fronteiras tempo de trabalho e descanso. Seja pela facilidade de remeter uma mera mensagem de correio eletrónico a partir do telemóvel, seja por via de aplicações que facilitam a comunicação, os trabalhadores sentem obrigação de responder as solicitações de imediato, recorrendo ao tempo de descanso.	Cumprir horários rigorosos: Planear e negociar horários e objetivos com os colegas de trabalho e com os elementos da família.
Isolamento: provocado pela diminuição das relações sociais presenciais que existem em locais de trabalho saudáveis.	Promover uma comunicação regular: Incentivar a equipa a manter uma comunicação regular com outros colegas, familiares e amigos. Isso pode ser feito através de reuniões regulares ou videochamada. Assim como cumprimentamos os colegas no escritório regularmente, é uma prática saudável continuar a fazer o mesmo, ainda que seja remotamente.
Tenção familiar, violência psíquica e física: Ausência de condições físicas, nomeadamente habitacionais, para que os diferentes elementos da família desenvolvam o seu trabalho a partir de casa.	Promover um espaço de trabalho positivo em casa: Nem todos os trabalhadores têm as mesmas condições para trabalhar a partir de casa, mas é essencial realçar a importância de criar um espaço de trabalho positivo e com algumas regras. Por exemplo, desligar a televisão, e outras distrações adicionais que coloquem em causa a produtividade/concentração, irá ajudar a criar uma atmosfera propícia ao teletrabalho.
Desigualdades sociais entre homens e mulheres: São maioritariamente as mulheres que respondem ao trabalho doméstico e relativo ao cuidar como é exemplo a supervisão e apoio aos filhos, para as tarefas escolares no ensino á distancia.	Flexibilizar o teletrabalho em trabalhadores com crianças: Com os trabalhadores em teletrabalho, as empresas devem ser mais flexíveis se estes tiverem filhos menores que requerem atenção redobrada. Para os trabalhadores é importante que a entidade patronal compreenda o contexto e tenha maior flexibilidade para a situação.
Problemáticas	Objetivos e ações corretivas
Alteração na rotina do dia-a-dia: Não ter que fazer viagem para o local de trabalho nem horário de entrada pode levar querer dormir até tarde e eventualmente começar a trabalhar sem as rotinas de higiene normais.	Incentivar a manutenção de horários e rotinas: O comportamento deve ser igual a quando se vai para o escritório. A razão para isto é que não se estará mentalmente tão preparado para o dia de trabalho como se seguir a rotina matinal comum. • Manter o horário normal de trabalho. Caso contrário, de repente será hora do almoço e o dia de trabalho ainda nem começou e se no final do dia de trabalho não for determinado, corre-se o risco de nunca terminar. • Levantar regularmente, alongar e fazer pequenas pausas.
Criar o espaço de trabalho: Nos dias de sol até pode parecer ser benéfico ligar o portátil e começar a trabalhar na varanda. O único problema é manter a concentração nesses locais e o tipo de problemas de postura que poderão advir. A luz solar direta e o ruído não são exatamente propícios a uma boa concentração.	Procurar um local de trabalho tranquilo e isolado, com uma secretária e cadeira confortáveis (idealmente ergonómicas).
Alteração dos hábitos alimentares: O frigorífico está sempre perto assim como os armários da cozinha, especialmente quando estão cheios de comida pouco saudável.	• Manter o horários da refeições e fazer uma boa hidratação ao longo do dia, seja através de água ou chás sem açúcar; • Encher os armários com snacks saudáveis. frutas, legumes, nozes ou doces de baixo teor calórico.
Aumento do consumo de álcool e outras drogas recreativas: Em casa há menos controle social e mais tempo disponível para beber consumir outras drogas.	Compreender os riscos de beber em casa: • Não existe dose segura de álcool durante o período de trabalho. • Entender a dependência química como um problema de saúde que pode ser evitado e tratado. • Divulgar as políticas de A&D de empresa e os programas de tratamento disponíveis
Sedentarismo: Trabalhar em casa por longos períodos de tempo pode representar um desafio significativo para permanecer fisicamente ativo.	Incentivar atividade física: • Participação em cursos de exercício online. • Fazer pequenas pausas com atividade física durante o dia e caminhar. Em espaços pequenos, andar / caminhar no local, ficar em pé ou andar pela casa. • Levantar-se sempre que possível, idealmente interromper o tempo de sessão e reclinção a cada 30 minutos. Considerar montar uma mesa de pé usando uma mesa alta ou empilhar livros ou outros materiais. • Meditação e respirações profundas podem ajudar a manter a calma: usar técnicas de relaxamento.

Tabela 4 - Teletrabalho - Riscos relacionados com os fatores ergonómicos

Problemáticas	Objetivos e medidas a adotar
Dores e tensões musculares devido a posicionamentos incorretos: As características ergonómicas do mobiliário doméstico podem não ser ideais para o teletrabalho por períodos prolongados assim como os posicionamento adotados.	<p>Tornar o ambiente doméstico o mais adequado possível.</p> <p>Posicionar adequadamente o equipamento: monitor de lado para a janela. Caso esteja de frente, ou de costas, deve haver persiana e esta deve ser mantida fechada.</p> <ul style="list-style-type: none"> • O monitor deve estar bem em frente aos olhos pra evitar posicionamentos de lado que levam a tensão muscular • Ajustar a distância: esticar o braço, a distância ideal é quando somente a ponta dos dedos tocam o monitor • Regular a luminosidade e o contraste da tela para evitar esforços visuais. • Usar cadeira adequada e aprender a regular a cadeira de acordo com a altura do utilizador • Usar mesa de trabalho adequada: As mesas com 75 cm de altura são mais fáceis de adaptação para a maioria das pessoas • Utilizar rato e teclado externo • Incentivar pausas regulares e recomendar exercícios/alongamentos:
Cansaço visual e/ou alterações na visão: O uso contínuo de dispositivos eletrónicos, tem tido um acréscimo devido ao teletrabalho levando a sintomas de desconforto ocular.	<p>Para reduzir a sintomatologia recomenda-se:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Pestanejar: Regra 20-20: Por cada 20 minutos, fazer uma pausa de 20 segundos, olhar para uma paisagem, o que irá relaxar a musculatura dos olhos, promover o pestanejo e consequentemente a lubrificação ocular. • Manter a luminosidade constante, reduzir o brilho e aumentar o contraste • Evitar ambientes secos e adotar o uso de humidificadores. <p>Realizar consultas de rotina.</p>

Foram cumpridos todos os procedimentos éticos, conforme a declaração de Helsínquia de ética em pesquisa envolvendo seres humanos, nomeadamente consentimento informado, confidencialidade e anonimato.

RESULTADOS

O Projeto de PS e Bem-Estar em Teletrabalho é composto por quatro etapas e está concebido como um processo pelo qual se observam e reconhecem as principais necessidades e dificuldades num determinado contexto com o objetivo de avaliar os processos e impulsionar a melhoria contínua (Teixeira, s.d.).

Neste contexto e após análise da caracterização demográfica, deparamo-nos com uma população jovem (98%), com filhos em idade pré-escolar e escolar (60%), com um estilo de vida sedentário (56%), agravado pelo facto de se encontrar em teletrabalho (63%). Foram identificados alguns potenciais riscos relacionados com os fatores psicossociais, alterações de estilos de vida e ergonómicos, elencados nas tabelas 2, 3 e 4, respetivamente.

DISCUSSÃO

A Educação para a Saúde (EpS) no ambiente de trabalho assume grande relevância, pois não se pode isolar o homem-trabalhador do homem-social. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a PS como um processo que tem por propósito tornar a pessoa apta a assumir o controlo e a responsabilidade da sua própria saúde (OMS, 2009). Pressupõe uma meta estabelecida com as pessoas, considerando as suas necessidades e motivações (Laverack, 2008).

Neste contexto, emerge a elaboração deste programa, no qual se procurou desenhar atividades que envolvessem os trabalhadores e respetiva liderança como promotores das atividades e parte integrante de todas as etapas do projeto (Ordem Enfermeiros, 2013).

Traçaram-se objetivos e estratégias de intervenção, conforme a tabela 5. Foram ainda traçados indicadores e metas a atingir, como o número de trabalhadores presentes nas sessões, bem como o plano de custos.

Tabela 5 – Plano de Ação

Atividades	Indicadores	Metas
Reunião para rever com o diretor da empresa e recursos humanos a política de ergonomia da empresa e apoios aos funcionários em teletrabalho.	Reunião efetuada	Obter aprovação da gestão e recursos humanos para as atividades /ações propostas (100%)
Pontapé inicial- <i>Kick-Off</i> - Reunião com diretores, gestores e supervisores para apresentar o projeto.	Reunião efetuada	95% dos gestores e supervisores presentes
Reunião de departamento semanal com o supervisor e colaboradores para discutir objetivos/plano de trabalho e preocupações	Nº reuniões efetuadas por Departamento	Reuniões em 95% das segundas feiras úteis, em todos os departamentos
Reunião mensal do departamento sobre um risco de segurança ou saúde	Nº de reuniões por departamento	Reuniões em 95% das ultima sextas feiras úteis do mês, em todos os departamentos
Sessão para os líderes: Bem-estar e saúde mental para Líderes.	Nº gestores e supervisores que participaram na palestra	95% dos gestores e supervisores participem na sessão
Sessão com os funcionários: Bem-estar e saúde mental.	Nº de funcionários que participaram na sessão	90% dos funcionários participem na sessão
Enviar comunicação por email aos funcionários sobre ergonomia no trabalho em casa.	Comunicação enviada	1 Comunicação
"Cabaz ergonómico" Oferta da empresa de um vale 200 euros a cada funcionário para gastar em material que possibilite uma melhor adaptação do ambiente de trabalho em casa.	Entrega de vales	Entrega de um vale a 100% dos funcionários em teletrabalho
Envio de questionário para fazer auto avaliação ergonómica	Percentagem de funcionários que completou os questionários. Percentagem de avaliações ergonómicas pedidas que foram efetuada.	100% dos funcionários completem o questionários. Fazer 100% da avaliações ergonómicas marcadas com o departamento de saúde
Envio de uma comunicação mensal por email onde é abordado problemáticas do teletrabalho	Nº comunicações enviadas	100% das comunicações enviadas
Promover atividades que incentivem hábitos de exercício físico.	Nº sessões efetuadas. Nº funcionários que participaram por sessão	Efetuar 100% das sessões planadas; Mínimo de 6 participantes em média por sessão.
Organizar " Dia da partilha e bem estar" em colaboração com a liderança, recursos humanos e funcionários voluntários.	Enviar os 2 emails Nº de funcionários que participaram na sessão	2 emails enviados 90% dos funcionários participaram
Página online " saúde física e mental no teletrabalho"	Elaboração da página Nº e funcionários que assistiram à inauguração	60% dos funcionários consultem a página. 90% dos funcionários assistam à inauguração

Acreditamos que as medidas apresentadas serão uma mais-valia na melhoria da qualidade de trabalho e de saúde dos teletrabalhadores e na melhoria da sua satisfação e motivação com o trabalho, o que, conseqüentemente, terá um impacto positivo na produtividade e redução de absentismo (DGS, 2020). É nossa convicção que, para obter altas taxas de participação como nos propusemos, a liderança não pode apenas incentivar a participação, mas também dar testemunho das suas vivências e dificuldades. A participação ativa dos funcionários não só os ajuda a dar o seu exemplo como promotores de bem-estar, como também fornece informações e cria relações interpessoais entre colegas, possibilitando alcançar o sucesso do programa, isto é, implementar uma cultura em que a saúde é o valor maior.

Delimitamos a utilização de múltiplas abordagens e métodos pois concordamos que só havendo diversidade se consegue alcançar os teletrabalhadores independentemente dos seus gostos, localização geográfica ou das condições habitacionais onde desempenham atividade, o que corrobora com as orientações da OIT (2020).

A eficácia da PS como estratégia de EpS no ambiente de trabalho foi comprovada através da implementação de programas de bem-estar que conduziram à melhoria da saúde, redução de custos e absentismo (Ferreira, 2013). Sabendo que a PS no trabalho baseia-se numa cultura saudável, que, por sua vez, pressupõe uma gestão adequada do risco, não nos parece razoável aplicar um Programa de PS sem oferecer também um ambiente de trabalho seguro e saudável, corroborando com as orientações da DGS (2018).

Ressalta-se a pertinência da PS no local de trabalho com a participação efetiva dos trabalhadores, considerando que o sucesso de uma empresa depende de seus colaboradores e é imprescindível que esta se preocupe com a qualidade de vida dos mesmos (DGS, 2020).

CONCLUSÕES

O Teletrabalho é uma modalidade de trabalho em expansão devido ao desenvolvimento das TIC, pelo que é fundamental implementar medidas preventivas contra os riscos para a saúde decorrentes desta forma de organização do trabalho. Em questão de SST para os teletrabalhadores, salientam-se os riscos psicossociais, ergonómicos e de alteração dos estilos de vida. Podemos salientar que o teletrabalho não permite a interação social direta, podendo desta forma gerar solidão, ansiedade e depressão. Para além disso, também a interação trabalho-família e o equilíbrio entre a vida profissional e pessoal são alteradas. Ademais, o sedentarismo inerente ao teletrabalho contribui para o aumento de doenças crónicas, assim como o uso contínuo das TIC promovem o desenvolvimento das LME.

Desta forma, reforça-se a importância de desenvolver Programas de PS nesta temática, uma vez que estes contribuem para a diminuição de fatores geradores de *stress*, lesões, maiores níveis de satisfação e produtividade. Com as devidas adaptações atendendo às especificidades do teletrabalho, propomos que este projeto seja replicado em várias empresas.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bae, K. & Kim, D. (2016, p.356-371). The Impact of Decoupling of Telework on Job Satisfaction in U.S. Federal Agencies: Does Gender Matter?. Acedido em 02/04/2021. Disponível em: <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/0275074016637183>.

DGS (2018). Programa Nacional de Saúde Ocupacional. Lisboa, Portugal.

DGS (2020). Saúde Ocupacional: as vantagens para as empresas. Lisboa: Direção-Geral da Saúde, 2020.

Eurofound & OIT (2017). Working Anytime, Anywhere: The Effects on the World of Work. Luxembourg and Geneva: Publications Office of the European Union and ILO

Ferreira (2013). Promoção de saúde no trabalho: uma estratégia de educação para saúde. R. Enferm. Cent. O. Min. 2013 mai/ago; 3(2):732-745

Godoy, L. (2018). Diretrizes Ergonómicas para o Teletrabalho em Home-office. Acedido em 01/05/2021. Disponível em: http://pdf.blucher.com.br/s3-sa-east-1.amazonaws.com/designproceedings/ped2018/7.2_ACO_12.pdf.

Mental Health Foundation (s.d.). How to look after your mental health during the coronavirus outbreak. Acedido em 24/04/2021. Disponível em: <https://www.mentalhealth.org.uk/coronavirus>.

Pender, N.; Murdaugh, C.; Parsons, M. (2011) - Health Promotion in Nursing Practice. 6ªed. Boston: Pearson Education. ISBN 978-0-13-509721-2.

Ordem dos Enfermeiros (2013). Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Acedido em 29/05/2021. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/sites/sul/informacao/Documents/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>

Organização Internacional do Trabalho (2020). Teletrabalho durante e após a pandemia da COVID-19. Acedido em 01/03/2021. Disponível em: https://www.ilo.org/wcmsp5/groups/public/---europe/---ro-geneva/---ilo-lisbon/documents/publication/wcms_771262.pdf

Organização Mundial da Saúde (2009). Milestones in Health Promotion: Statements from Global Conferences. Switzerland: OMS.

Pereira (2017). Práticas de promoção de saúde, Bem-estar no trabalho, Intenção de Turnover e Desempenho Organizacional. IUL.

XII Congreso Internacional ASPESM

