



Revista INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Nº26 SÉRIE 2 - FEVEREIRO 2019

SUMÁRIO / SUMMARY

EDITORIAL	7
ATITUDES DOS ENFERMEIROS NA PESSOA COM COMPORTAMENTOS AUTOLESIVOS OU TENTATIVAS DE SUICÍDIO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA <i>NURSES' ATTITUDES IN PEOPLE WITH SELF-INJURIOUS BEHAVIORS OR SUICIDE ATTEMPTS: AN INTEGRATIVE REVIEW OF THE LITERATURE</i> <i>ATITUDES DE LOS ENFERMEROS EN LA PERSONA CON COMPORTAMIENTOS AUTOLESIVOS O INTENTOS DE SUICÍDIO: UNA REVISIÓN INTEGRATIVA DE LA LITERATURA</i> <i>Rosa Cristina Correia Lopes</i>	9
BRINCAR, BRINCADEIRAS E BRINQUEDOS: ESTUDO DE CASO NUMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR <i>PLAY, GAMES AND TOYS: CASE STUDY IN A FAMILY HEALTH UNIT</i> <i>JUEGO, JUEGOS Y JUGUETES: ESTUDIO DE CASO EN UNA UNIDAD DE SALUD DE LA FAMILIA</i> <i>Bárbara Machado, Ricardo Castro, Isabel Araújo</i>	23
CONTRIBUTOS DO REFERENCIAL TEÓRICO DE AFAF MELEIS PARA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO <i>CONTRIBUTIONS OF THE THEORETICAL REFERENCE OF AFAF MELEIS FOR REHABILITATION NURSING</i> <i>CONTRIBUCIONES DEL REFERENCIAL TEÓRICO DE AFAF MELEIS PARA ENFERMERÍA DE REHABILITACIÓN</i> <i>Silva, R., Carvalho, A., Rebelo, L., Pinho, N., Barbosa, L., Araújo, T., Ribeiro, O., Bettencourt, M.</i>	35
BENEFÍCIOS DA MUSICOTERAPIA NO IDOSO COM DEMÊNCIA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA <i>BENEFITS OF MUSIC THERAPY IN THE ELDERLY WITH DEMENTIA: INTEGRATING REVIEW OF LITERATURE</i> <i>BENEFICIOS DE LA MUSICOTERAPIA EN EL ANCIANO CON DEMENCIA: REVISIÓN INTEGRADORA DE LA LITERATURA</i> <i>Cátia Duarte de Jesus Lopes, Rita André, Luís Manuel Mota de Sousa, Isabel Oliveira, Teresa Silveira</i>	45



Revista INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

REVISTA INVESTIGAÇÃO EM ENFERMAGEM

Publicação /Periodicity

Trimestral/quarterly

DIRECTOR/MANAGING DIRECTOR

Arménio Guardado Cruz

Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

CONSELHO EDITORIAL/EDITORIAL BOARD

Luis Miguel Nunes de Oliveira (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra);

Vanda Marques Pinto (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa);

Maria do Céu Aguiar Barbiéri Figueiredo (Escola Superior de Enfermagem do Porto);

António Fernando Salgueiro Amaral (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra);

Nídia Salgueiro (Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, aposentada);

Rui Manuel Jarró Margato (Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra)

CONSELHO CIENTÍFICO/SCIENTIFIC BOARD / CORPO DE REVISORES/PEER REVIEWES

Aida Cruz Mendes, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

António Marcos Tosoli Gomes, PhD, *Faculdade de Enfermagem, Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Brasil*

Arménio Guardado Cruz, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Célia Samarina Vilaça Brito Santos, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Clara de Assis Coelho de Araújo, PhD, *Instituto Politécnico de Viana do Castelo*

Élvio Henrique de Jesus, PhD, *Centro Hospitalar do Funchal*

Fernando Alberto Soares Petronilho, PhD, *Universidade do Minho, Braga*

José Carlos Pereira dos Santos, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Luis Manuel Mota Sousa, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, Universidade de Évora*

Manuel José Lopes, PhD, *Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, Universidade de Évora*

Manuela Frederico, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Margarida da Silva Neves de Abreu, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Maria Antónia Rebelo Botelho, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*

Maria Arminda da Silva Mendes Costa, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto, ICBAS.*

Maria de Fátima Montovani, PhD, *Universidade Federal do Paraná - Brasil*

Maria dos Anjos Pereira Lopes, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Lisboa*

Maria Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Marta Lima Basto, PhD, *Unidade de Investigação e Desenvolvimento em Enfermagem*

Paulino Artur Ferreira de Sousa, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Paulo Joaquim Pina Queirós, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Pedro Miguel Dinis Parreira, PhD, *Escola Superior de Enfermagem de Coimbra*

Teresa Martins, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Zuila Maria Figueiredo Carvalho, PhD, *Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia Odontologia e Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Fortaleza, Brasil.*

Wilson Jorge Correia de Abreu, PhD, *Escola Superior de Enfermagem do Porto*

Propriedade, Administração/Ownership, Sede do Editor e Sede de Redação: Formasau, Formação e Saúde, Lda. | Parque Empresarial de Eiras, lote 19 | 3020-265 Coimbra | Telef. 239 801020 Fax. 239 801029

NIF 503 231 533 | Soc. por Quotas - Cap. Social 21 947,09€

Conselho de administração: António Fernando Salgueiro Amaral, Carlos Alberto Andrade Margato

Detentores: António Fernando Salgueiro Amaral, Arlindo Reis Silva, Arménio Guardado Cruz, Carlos Alberto Andrade Margato, Fernando Manuel Dias Henriques, João Manuel Petetim Ferreira, José Carlos Pereira Santos, Luis Miguel Nunes de Oliveira, Maria Coelho Ferreira Pereira, Paulo Joaquim Pina Queirós

Internet - www.sinaisvitais.pt/ **E-mail** - suporte@sinaisvitais.pt

Grafismo/Graphic Design - Formasau, Formação e Saúde, Lda.

Registo ICS: 123 486

ISSN: 2182-9764

Depósito Legal/Legal Deposit: 145933 /2000

ESTATUTO EDITORIAL

1 - A *Revista Investigação em Enfermagem* é uma publicação periódica trimestral, vocacionada para a divulgação da investigação em Enfermagem enquanto disciplina científica e prática profissional organizada.

2 - A *Revista Investigação em Enfermagem* destina-se aos enfermeiros e de uma forma geral a todos os que se interessam por temas de investigação na saúde.

3 - A *Revista Investigação em Enfermagem* tem uma ficha técnica constituída por um director e um Conselho Científico, que zelam pela qualidade, rigor científico e respeito por princípios éticos e deontológicos.

4 - A *Revista Investigação em Enfermagem* publica sínteses de investigação e artigos sobre teoria de investigação, desde que originais, estejam de acordo com as normas de publicação da revista e cuja pertinência e rigor científico tenham o reconhecimento do corpo de revisores científicos (*peer reviews*) constituídos em Conselho Científico.

5 - A *Revista Investigação em Enfermagem* é propriedade da Formasau - Formação e Saúde, Lda, entidade que nomeia o director. O Conselho Editorial é composto pelo director e por outros enfermeiros de reconhecido mérito, competindo-lhes a definição e acompanhamento das linhas editoriais.

EDITORIAL



Numa época em que a longevidade e as doenças crônicas estão em crescimento constante, as novas tecnologias na área da Saúde podem contribuir para um envelhecimento saudável e ativo das populações, com mais anos de vida produtiva e capacidade de intervenção social e familiar e, assim influenciar a qualidade da vida humana.

O desenvolvimento na área da saúde é cada vez mais indissociável das tecnologias e da sua crescente inovação. O seu uso constitui um elemento integrante e indispensável na prática clínica, a ponto da sua incorporação ser projetada como um sinal de avanço neste campo científico.

A elevada complexidade e o constante avanço em todas as áreas da saúde levam a que diariamente sejam criadas e testadas novas tecnologias para melhorar as condições de saúde dos indivíduos, nomeadamente através de estudos clínicos com utilização de dispositivos médicos.

A criação e desenvolvimento de novos dispositivos implica a formação de equipas de saúde e investigação multidisciplinares e, a realização de ensaios clínicos para os testar, exige a realização de um conjunto de procedimentos de elevado rigor científico e o cumprimento de regras ético legais, que permitam verificar o nível de desempenho do dispositivo, determinar eventuais efeitos secundários indesejáveis em condições normais de utilização e avaliar se constituem riscos em função da utilização prevista para o dispositivo.

As competências dos enfermeiros generalistas, mas principalmente dos enfermeiros especialistas, preconizam que no processo da tomada de decisões em Enfermagem e na fase de implementação das intervenções, o enfermeiro incorpore os resultados da investigação na sua prática, mas também deve ser um elemento ativo no campo de investigação, identificando lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação, e investigar e colaborar em estudos de investigação.

Apesar dos avanços nos últimos anos da enfermagem na área da investigação, o paradigma das novas tecnologias na área da Saúde, deve ser considerado um novo desafio para todos os enfermeiros, devendo envolver-se em projetos multidisciplinares e interinstitucionais, e desenvolver investigação experimental e aplicada em tecnologia dos cuidados de saúde para a criação de dispositivos médicos/procedimentos técnicos, mais seguros, eficazes e inovadores, em áreas prioritárias de saúde, e que gere contributos científicos relevantes para o avanço do conhecimento e para alcançar cuidados de saúde de elevado valor.

Para isso, são necessárias mudanças de comportamento profissional, atitude e suporte formativo e mudanças nos sistemas de ensino para qualificar o enfermeiro no campo da investigação clínica, potencializando o seu domínio específico do conhecimento e sua essência de cuidador. O saber crítico decorrente da participação num processo completo de investigação clínica sustentará o avanço da profissão e oferecerá contributos científicos articulados com diferentes campos do conhecimento.

Arménio Cruz

ATITUDES DOS ENFERMEIROS NA PESSOA COM COMPORTAMENTOS AUTOLESIVOS OU TENTATIVAS DE SUICÍDIO: UMA REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Patrícia Freitas Pereira⁽¹⁾; Marina Batista Pereira⁽²⁾; Rosa Cristina Correia Lopes⁽³⁾



Resumo

É comum, na prática clínica, observar-se estigma ou atitudes negativas por parte dos profissionais de saúde relativamente à pessoa com comportamentos autolesivos ou com tentativas de suicídio, o que compromete a eficácia das intervenções numa abordagem biopsicossocial. Objetivo: Analisar as atitudes dos enfermeiros na pessoa com comportamentos autolesivos ou tentativas de suicídio. Metodologia: Revisão Integrativa da Literatura que pretende responder à questão de partida “Quais as atitudes dos enfermeiros na pessoa com comportamentos autolesivos ou tentativas de suicídio?”. A pesquisa realizou-se em bases de dados através da plataforma EBSCO e B-ON, na janela temporal de 2013 a 2018, da qual resultaram 12 artigos. Resultados: Dos artigos emergem os seguintes temas para discussão: interferência da classe profissional; o papel do ensino; a perceção de ineficiência dos enfermeiros; a subnotificação dos casos e a interferência da utilização do modelo biomédico nas atitudes dos enfermeiros perante a pessoa com comportamentos autolesivos ou tentativa de suicídio. Conclusão: Predominam as atitudes negativas, atitudes moralistas, de juízo de valor e de preconceito que conduzem os enfermeiros a agir de forma não adequada. Conhecer as atitudes dos enfermeiros é um ponto de partida para a mudança das mesmas.

Palavras-chave: atitudes dos profissionais de saúde; enfermeiro; comportamento autolesivo; tentativa de suicídio

Abstract

NURSES' ATTITUDES IN PEOPLE WITH SELF-INJURIOUS BEHAVIORS OR SUICIDE ATTEMPTS: AN INTEGRATIVE REVIEW OF THE LITERATURE

It is common practice in clinical practice to observe stigma or negative attitudes on the part of health professionals regarding the person with self-injurious behaviors or suicide attempts, which compromises the effectiveness of interventions in a biopsychosocial approach. Objective: To analyze the attitudes of nurses in the person with self-injurious behaviors or suicide attempts. Methodology: Integrative Review of Literature that intends to answer the question of “What are the attitudes of nurses in the person with self-injurious behaviors or suicide attempts?”. The research was carried out in databases through the platform EBSCO and B-ON, in the time window from 2013 to 2018, which resulted in 12 articles. Results: The following topics emerge for discussion: professional class interference; the role of teaching; the perceived inefficiency of nurses; the underreporting of the cases and the interference of the use of the biomedical model in the nurses' attitudes towards the person with self-injurious behaviors or suicide attempt. Conclusion: Negative attitudes, moralistic attitudes, judgment of value and prejudice predominate that lead nurses to act in an inadequate way. Knowing nurses' attitudes is a starting point for changing nurses' attitudes.

Key words: Attitude of Health Personnel; nurse; self-injurious behavior; suicide attempt

Resumen

ATITUDES DE LOS ENFERMEROS EN LA PERSONA CON COMPORTAMIENTOS AUTOLESIVOS O INTENTOS DE SUICÍDIO: UNA REVISIÓN INTEGRATIVA DE LA LITERATURA

Es común, en la práctica clínica, observar estigma o actitudes negativas por parte de los profesionales de salud respecto a la persona con comportamientos autolesivos o con intentos de suicidio, lo que compromete la eficacia de las intervenciones en un abordaje biopsicossocial. Objetivo: Analizar las actitudes de los enfermeros en la persona con comportamientos autolesivos o intentos de suicidio. Metodología: Revisión Integrativa de la Literatura que pretende responder a la cuestión de partida “Cuáles son las actitudes de los enfermeros en la persona con comportamientos autolesivos o intentos de suicidio?”. La investigación se realizó en bases de datos a través de la plataforma EBSCO y B-ON, en la ventana temporal de 2013 a 2018, de los cuales resultaron 12 artículos. Resultados: De los artículos emergen los siguientes temas para discusión: interferencia de la clase profesional; el papel de la enseñanza; la percepción de ineficiencia de los enfermeros; la subnotificación de los casos y la interferencia de la utilización del modelo biomédico en las actitudes de los enfermeros ante la persona con comportamientos autolesivos o intento de suicidio. Conclusión: Predominan las actitudes negativas, moralistas, de juicio de valor y de preconceito que conducen a los enfermeros a actuar de forma no adecuada. Conocer las actitudes de los enfermeros es un punto de partida para el cambio de las mismas.

Palabras clave: actitudes de los profesionales de la salud; enfermera; comportamiento autolesivo; intento de suicidio
 Descriptores: Formación de Concepto; Análisis de Concepto; Métodos; Investigación en Enfermería

Submetido em novembro 2018. Aceite em janeiro 2019

⁽¹⁾Enfermeira na Unidade de Cuidados Continuados de Mafra-ASFE Saúde

⁽²⁾Enfermeira na Unidade de Cuidados Continuados de Mafra-ASFE Saúde

⁽³⁾Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, MSc, PhD (rlopes@esenfc.pt)

INTRODUÇÃO

É importante perceber quais as atitudes dos profissionais de saúde e da comunidade em geral em relação à pessoa com comportamentos autolesivos ou com tentativa de suicídio pois as atitudes refletem-se no atendimento hospitalar (Saraiva citado por Santos, 2007). Se o enfermeiro tiver uma percepção negativa da pessoa, isso influencia a sua comunicação não-verbal, o que interfere na própria reação da pessoa (Bentley citado por Santos, 2007).

Em contexto clínico observam-se algumas limitações à prática de uma intervenção de enfermagem de qualidade com a pessoa com comportamentos autolesivos ou tentativas de suicídio, com particular relevo para o estigma e atitudes moralistas/julgamento dos próprios profissionais para com a pessoa.

Assim, esta Revisão Integrativa da Literatura tem como questão de partida: Quais as atitudes dos enfermeiros na pessoa com comportamentos autolesivos ou com tentativas de suicídio? e objetiva analisar as atitudes dos enfermeiros com a pessoa com comportamentos autolesivos ou com tentativas de suicídio.

FUNDAMENTAÇÃO

A palavra suicídio vem do latim *sui* (de si mesmo) e *cidium* (matar). O suicídio é considerado uma das dez principais causas de morte a nível mundial (WHO, 2011).

De acordo com o Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017 (PNPS), a Organização Mundial de Saúde estima que no mundo, a cada dia, cerca de 3000 pessoas suicidam-se, o que corresponde a uma vítima a cada quarenta segundos. Por cada uma destas pelo menos vinte tentam o suicídio (DGS, 2013). O PNPS inclui o suicídio no leque dos problemas sociais, sendo uma das mais importantes questões de Saúde Pública. Contudo estes números, apesar de preocupantes, não refletem verdadeira dimensão do fenómeno, uma vez que o suicídio continua a ser subdeclarado quer por

dificuldades diagnósticas, quer pelo estigma associado (DGS, 2013).

Geralmente o suicídio verifica-se em pessoas com doença mental grave, mas na sua maioria tratável, fazendo parte do grupo das mortes potencialmente evitáveis. Depende de um diagnóstico em tempo útil e de uma abordagem terapêutica eficaz (DGS, 2017b).

“Os enfermeiros detêm conhecimentos científicos e pedagógicos que os colocam em posição privilegiada nas equipas de saúde, para desenvolverem projetos de intervenção ao nível da prevenção primária, secundária e terciária da pessoa com comportamentos suicidários” (Simões, Erse, Façanha & Santos, 2014, p. 201).

No entanto Cutcliffe e Santos (2012) consideram que os enfermeiros têm medo de interagir em situações de suicídio ou têm receio de praticarem negligência e da própria ação judicial. Neste sentido, Santos (2007) enfatiza a necessidade de treino e formação dos profissionais de saúde, especialmente dos enfermeiros, uma vez que poucos estão treinados para a intervenção na pessoa com comportamentos autolesivos. Os enfermeiros precisam de “repensar as suas práticas e adaptá-las” aos diferentes contextos, porque “é fácil as equipas e os enfermeiros impacientarem-se correndo o risco de massificarem e rotularem os doentes, tornando-se burocratas, desumanos e às vezes até cruéis” (Almeida citado por Santos, 2007, p.69). Saliente-se que as atitudes dos enfermeiros estão intrinsecamente ligadas à conceção dos cuidados e consequentemente às intervenções de enfermagem (Santos 2001).

MATERIAL E MÉTODOS

Procurou-se examinar a extensão, alcance e natureza da atividade de investigação, permitindo mapear áreas de estudo onde poderá ser difícil visualizar a informação disponível; pretendeu-se resumir e divulgar os resultados da investigação e identificar, se aplicável, as lacunas da investigação nesta área (Apóstolo, 2017).

Utilizou-se a estratégia PCC de forma

a clarificar e a estruturar a questão de investigação e a definir os critérios de inclusão e exclusão. Assim, a **População**: Enfermeiros; o **Conceito**: as atitudes dos enfermeiros na pessoa com comportamentos autolesivos ou com tentativas de suicídio e o **Contexto**: população em contexto hospitalar.

A questão de partida é “Quais as atitudes dos enfermeiros na pessoa com comportamentos autolesivos ou tentativas de suicídio?” e o objetivo é analisar as atitudes dos enfermeiros na pessoa com comportamentos autolesivos ou com tentativas de suicídio.

Esta revisão considera estudos quantitativos e qualitativos. Os desenhos quantitativos incluem os estudos experimentais (ensaios clínicos randomizados controlados, ensaios clínicos controlados não randomizados ou quasi experimentais) e estudos observacionais (descritivos, de coorte, transversais e estudos de caso). Relativamente aos desenhos qualitativos inclui-se a fenomenologia, teoria fundamentada e desenhos de etnografia). Excluem-se revisões sistemáticas da literatura e revisões integrativas.

Ainda como critérios de inclusão pretendem-se estudos publicados em Português, Inglês ou Espanhol, no limite temporal de 2013 a 2018.

As bases de dados utilizadas foram *Medline*, *CINAHL*, *MedicLatina*, *Psychology and Behavioral Sciences Collection*, através da plataforma *EBSCO* e a *Scielo* através da plataforma *B-On*.

A expressão de pesquisa utilizada foi “((*AB Attitude* OR position* OR bearing* OR emplacement OR behavior* OR behaviour* OR conduct* OR demeanor* OR deportment*) AND (*AB self-injurious behavior* OR Attempted suicide* OR Suicide attempt**) AND (*AB nurse**))”. A pesquisa foi realizada entre 27 a 29 de abril de 2018 na Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

O número de artigos identificados foi de 57 artigos na *CINAHL*, 43 na *Medline*, 4 na *Psychology and Behavioral Sciences Collection* e nas bases de dados *MedicLatina* e *Scielo* não foram encontrados artigos. No

total surgiram 104 artigos, destes 4 foram excluídos por duplicação. Assim, foram analisados pelo título e resumo 100 artigos, após a análise foram excluídos 77. Este processo de seleção foi realizado recorrendo ao *Word*, onde se colocou o título e resumo dos artigos encontrados com a expressão de pesquisa nas diferentes bases de dados. Seguiram 23 artigos para a leitura de texto integral, após a qual foram excluídos 11 artigos por os resultados não responderem à questão da revisão e selecionados 12 artigos para esta RIL (Figura 1).

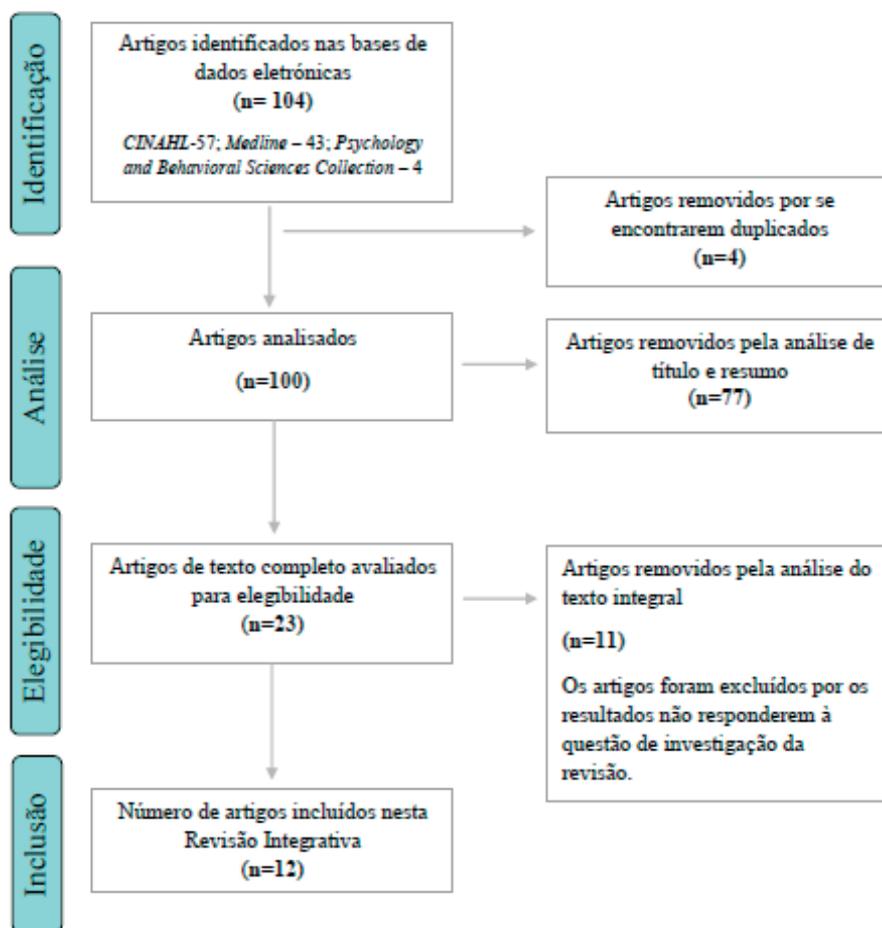


Figura 1 – Processo de identificação e inclusão dos estudos - *PRISMA Diagram flow*.

Fonte: Adaptado de “Joanna Briggs Institute Reviewers’ Manual: 2015. Methodology for JBI Scoping Reviews” de The Joanna Briggs Institute, p. 21, 2015.

RESULTADOS

A apresentação dos artigos científicos selecionados foi delineada em tabela com o intuito de organizar as evidências. Os resultados apresentam-se codificados de modo a facilitar a sua interpretação, ordenados por ano de publicação e organizados em função: tipo de estudo, instrumento de colheita de dados, amostra, objetivos e resultados.

Tabela 2 - Descrição dos resultados dos artigos

ESTUDO E1		
Silva, Nóbrega e Oliveira (2018) - Conhecimento da equipe de enfermagem e agentes comunitários sobre o comportamento suicida.		
Tipo de Estudo / Instrumento de colheita de dados	Participantes/ Amostra	Objetivos
Quantitativo. Descritivo e exploratório. Questionário constituído por dados sociodemográficos, categoria profissional e questões específicas acerca de comportamento suicida elaboradas com base no manual "Suicide Prevençion"	n=72 profissionais, (8 enfermeiras, 20 auxiliares de Enfermagem e 44 agentes comunitários de saúde) que apresentaram dificuldades em classificar o grau de risco do comportamento suicida.	Identificar o conhecimento e as estratégias para o cuidado da equipa de Enfermagem da Atenção Primária à pessoa com comportamento suicidário.
<p>Resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Dos 72 participantes inquiridos, 59,7% nunca tinha lido nenhum manual ou artigo que os guiasse no cuidado à pessoa com comportamento suicidário. -Quando questionados sobre se pessoas com suicida procuram os cuidados de saúde e sob quais circunstâncias: 65,3% responderam que não e 34,8% dos entrevistados responderam que sim. -Dos que responderam que sim, 23,6% responderam que somente quando estão prestes a cometer suicídio, 5,6% somente quando a pessoa começa a ter pensamentos suicidas e a 5,6%, somente quando a pessoa começa a fazer planos para o suicídio. -Observa-se que 55 profissionais (76,4%) classificaram de alto risco de suicídio "a pessoa que tem uma plano de suicídio, tem os meios para fazê-lo e planeia fazê-lo prontamente", mas também classificaram com o mesmo nível de risco "a pessoa que tem pensamentos de suicídio, mas não tem planos de cometer imediatamente". 		
ESTUDO E2		
Vedana, Magrini, Zanetti, Miaso, Borges e Santos, (2017)- <i>Attitudes towards suicidal behaviour and associated factors among nursing professionals: A quantitative study</i>		
Tipo de Estudo / Instrumento de colheita de dados	Participantes/ Amostra	Objetivos
Quantitativo Estudo transversal Os participantes responderam ao <i>Suicide Behavior Attitude Questionnaire</i> (SBAQ) e Questionário Sócio demográfico.	n=28 enfermeiros e n= 118 "nursing assistants" que trabalham em dois serviços de emergência no Brasil	Investigar as atitudes dos profissionais de enfermagem perante comportamentos suicidários e os fatores associados, em serviços de emergência
<p>Resultados:</p> <ul style="list-style-type: none"> -Os profissionais de enfermagem referiram um baixo nível de ensino acerca do suicídio e elevados níveis de atitudes "moralistas/de julgamento"; essas atitudes estavam relacionadas com variáveis como o local de trabalho (pré-hospitalar ou hospitalar), categoria profissional (enfermeiros ou assistentes de enfermagem), treino específico na área do suicídio e experiência de trabalho e treino em serviços de psiquiatria ou saúde mental. -Profissionais de enfermagem que trabalham em ambiente pré-hospitalar revelaram níveis mais baixos de auto percepção das competências profissionais. -Profissionais de enfermagem que já trabalharam em serviços de psiquiatria/saúde mental apresentaram menos atitudes moralísticas e de julgamento e níveis mais elevados de auto percepção das competências profissionais. - Os enfermeiros revelaram menos atitudes moralísticas e de julgamento do que os assistentes de enfermagem. -Profissionais de enfermagem com níveis mais elevados de auto percepção das competências profissionais apresentaram níveis mais baixos de sentimentos negativos para com as pessoas com comportamento suicida. -Alguns profissionais de enfermagem revelaram já ter pensado seriamente em cometer suicídio. 		

ESTUDO E3

Thomas (2017) - *Nursing children and young people: what mental health training is required*

Tipo de Estudo / Instrumento de coleta de dados	Participantes/ Amostra	Objetivos
Qualitativo Análise fenomenológica; Entrevista semiestruturada com duração de 45 minutos.	n=9 enfermeiros especialistas em saúde infantil com experiência em cuidar de jovens com comportamentos autolesivos ou tentativas de suicídio	Investigar a visão dos enfermeiros especialistas que cuidam de jovens acerca da formação que tiveram acerca de saúde mental e saber as recomendações que fazem para formações futuras.

Resultados:

- Os participantes frequentemente relatavam que é importante ter uma atitude positiva ao lidar com jovens após uma tentativa de suicídio ou comportamentos autolesivos, no entanto, três participantes descreveram estes jovens como “reincidentes”, o que pode ser visto como uma falta de respeito e empatia.
- Os enfermeiros sentem que a atual formação em saúde mental é inadequada para atender às necessidades revelam receio em cuidar de jovens em sofrimento mental.

ESTUDO E4

Santos, Azevedo, Silva, Barbosa, Medeiros e Valença (2017) - *The look of emergency nurse at the patient who attempted suicide: na exploraty study.*

Tipo de Estudo / Instrumento de coleta de dados	Participantes/ Amostra	Objetivos
Qualitativo Pesquisa exploratória descritiva. Entrevista semiestruturada e de forma individual e gravadas	n=13 enfermeiros que atuavam num pronto de socorro no estado do Rio Grande do Norte no Brasil	Analisar as atitudes dos enfermeiros no setor de urgência e emergência no que diz respeito ao cuidado da pessoa que tentou suicídio.

Resultados:

- Os participantes do estudo demonstraram uma realidade em que o cuidado é exclusivamente clínico não tendo em consideração o contexto biopsicossocial da pessoa. Práticas pouco humanizadas.
- Os participantes têm conhecimento que existem vários fatores de risco para as tentativas de suicídio e reconhecem a importância de ter uma intervenção mais humanizada, no entanto não o praticam.
- Sentem dificuldade em abordar a pessoa que tentou o suicídio. Afirmam que não têm preparação para lidar com a situação.
- Com a família apenas recolhem informações associadas ao ato.

ESTUDO E5

Lau, McCauley, Bamfield, Moss e Cross (2015) - *Attitudes of midwives and maternal child health nurses towards suicide: A cross-sectional study. International.*

Tipo de Estudo / Instrumento de coleta de dados	Participantes/ Amostra	Objetivos
Quantitativo Estudo transversal Os participantes completaram a escala <i>Attitudes to Suicide Prevention Scale (ASPS)</i>	n=95 parteiras e n=86 “ <i>maternal child health nurses</i> ” de Victoria, Austrália.	Identificar as atitudes das parteiras e “ <i>maternal child health nurses</i> ” em relação à avaliação do risco de suicídio.

Resultados:

- Os enfermeiros mais jovens apresentaram atitudes mais positivas em comparação com os participantes mais velhos.
- As “*maternal child health nurses*” com formação e experiência na área de saúde mental apresentaram atitudes mais positivas perante a prevenção do suicídio em comparação com as que não tinham essa preparação.
- As “*maternal child health nurses*” tinham atitudes mais positivas em relação à prevenção do suicídio do que as parteiras.

ESTUDO E6

Jones, Krishna, Rajendra e Keenan (2015) - *Nurse attitudes and beliefs to attempted suicide in Southern India.*

Tipo de Estudo / Instrumento de coleta de dados	Participantes/ Amostra	Objetivos
Qualitativo Análise fenomenológica Entrevista, os dados foram colhidos em inglês através gravação de áudio.	n=15 enfermeiras com inglês fluente e com 10 anos de experiência a trabalhar com pessoas que tentaram suicídio num hospital geral em Mysore, no sul da Índia.	Determinar as atitudes dos enfermeiros no tratamento de pessoas que tentaram o suicídio sob a perspectiva profissional e cultural.

Resultado:

-O tema principal dentro da pobreza foi a “pobreza no treino”, os enfermeiros reconheciam que o enfermeiro de pré-registo não tinha habilidade suficientes para dar apoio psicológico às pessoas que tinham tentado o suicídio. A abordagem à pessoa era mais diretiva, dizer o que tinham de fazer em vez de intervir no sentido de identificar os problemas individuais, stressor e explorar estratégias de resolução de problemas.

-A prioridade é o cuidado físico, o suporte psicológico é a última prioridade, não existe um número de profissionais suficiente e as enfermarias não são o local mais adequado para prestar apoio psicológico e colocar a pessoa noutra ala, que tivesse um espaço mais adequado poderia aumentar a estigmatização, segundo os participantes do estudo.

-A questão da religião e da fé destacou-se nas entrevistas aos enfermeiros.

-Existem julgamentos de valor que distanciam os enfermeiros das pessoas. Os participantes não têm recursos para intervir em questões de saúde mental como a tentativa de suicídio. Reconhecem os pilares do apoio psicológico (tempo, empatia, confiança, comunicação não verbal, entre outros), mas reconhecem que quando aplicados é de forma inconsciente, não é intencional.

ESTUDO E7

Alves e Cadete (2015) - *Suicide attempts among children and adolescents: partial or total injury?*

Tipo de Estudo / Instrumento de coleta de dados	Participantes/ Amostra	Objetivos
Pesquisa documental e descritiva	Foram lidas cerca de 73 000 “fichas ambulatoriais” de um pronto atendimento. Destas selecionaram-se 136 casos de “suspeita de tentativa de suicídio”	Verificar o registo e o número de casos de tentativa de suicídio entre crianças e adolescentes do município de Matosinhos.

Resultados:

- Destas 136, 13 foram descritos como tentativa de suicídio, 11 foram registados sem classificação (CID) e outros 2 com outra classificação não correspondente à hipótese diagnóstica declarada.

-As demais situações figuravam-se como tentativas de suicídio, no entanto, sem informações claras e suficientes para concluir sobre a intencionalidade do ato.

-As tentativas de suicídio são casos subnotificados pelos profissionais de saúde.

ESTUDO E8

Scheckel e Nelson (2014) - *An interpretive study of Nursing students' experiences of Caring for suicidal persons.*

Tipo de Estudo / Instrumento de coleta de dados	Participantes/ Amostra	Objetivos
Qualitativo Estudo fenomenológico e hermenêutico.	n=12 alunos de bacharelato de uma turma que tinha completado um curso de 7 semanas acerca de saúde mental e psiquiatria	Entender as experiências que os estudantes de enfermagem tinham ao cuidar de pessoas com comportamentos suicidários.

Resultados:

-Quando os alunos liam os processos com informações acerca do estado mental e comportamentos das pessoas com comportamentos suicidários, experienciavam medo de interagir com elas, no entanto alguns alunos relataram suspender esses julgamentos após comunicarem com as pessoas em questão.

ESTUDO E9

Draper, Krysinska, Leo e Snowdon (2014) - *Health Care Professional Attitudes Toward Interventions to Prevent Suicide*.

Tipo de Estudo / Instrumento de coleta de dados	Participantes/ Amostra	Objetivos
Quantitativo Estudo de coorte Questionário de 14 itens adaptada para os profissionais de saúde do <i>Suicide Prevention Scale</i> de 10 itens.	A amostra foi obtida por dois estudos de coorte separados: 1) n=301 profissionais de saúde entrevistados via telefônica ou pessoalmente. 2) n=61 médicos de serviços de saúde mental e clínicos gerais convidados via email.	Examinar as atitudes perante o suicídio e as intervenções dos profissionais de saúde para prevenir o suicídio e promover a saúde mental.

Resultados:

-Os médicos de especialidades médicas apresentaram mais atitudes negativas perante o suicídio do que outros grupos de profissionais de saúde.
-Os profissionais da área da saúde mental apresentaram atitudes mais positivas perante a prevenção do suicídio e sentem-se mais competentes para identificar e cuidar das pessoas com comportamentos suicidários.
-Os psiquiatras apresentaram atitudes mais positivas que os enfermeiros de saúde mental.
-Os profissionais do sexo feminino apresentaram mais atitudes positivas que os do sexo masculino.
-Os profissionais mais jovens também apresentaram atitudes mais positivas em comparação com os mais velhos (+50 anos).
-Na afirmação “cada indivíduo tem o direito de se matar”, mais da metade dos psicólogos (53,5%) concordaram / tenderam a concordar com a proposição, enquanto apenas uma minoria de enfermeiros de saúde mental (38,9%) e psiquiatras (24,6 %) concordou/tendeu a concordar.
-Embora cada um dos grupos profissionais concordasse/tendesse a concordar que “se alguém realmente quer suicidar-se fá-lo-á mesmo sob cuidados médicos ótimos”, enfermeiras de saúde mental (86,1%) tinham opiniões significativamente mais fortes do que psiquiatras (61,2%) ou psicólogos (60,7%).

ESTUDO E10

Santos, Simões, Erse, Façanha e Marques (2014). Impacto da formação “+Contigo” nos conhecimentos e atitudes dos profissionais de saúde acerca do suicídio.

Tipo de Estudo / Instrumento de coleta de dados	Participantes/ Amostra	Objetivos
Quantitativo Instrumento de recolha de dados constituído por ficha de dados sociodemográficos e Questionário de Atitudes Frente ao Comportamento Suicida adaptado	n=66 profissionais das equipas de saúde escolar de 10 Agrupamentos de Centros de Saúde da Administração Regional de Saúde do Centro	Avaliar os resultados da formação “+Contigo”, desenvolvida por enfermeiros e dirigida a 66 profissionais de saúde das equipas de saúde escolar integrados nos Cuidados de Saúde Primários.

Resultados:

-Verificaram-se aumentos significativos de conhecimentos em prevenção do suicídio.
-Verificaram-se mudanças de atitudes dos profissionais de saúde perante o indivíduo com comportamentos suicidários;
- Oito afirmações do questionário encontram-se agrupadas em três fatores, com o objetivo de facilitar a avaliação de mudança de atitudes, sendo eles: Fator 1 que corresponde a sentimentos negativos diante do indivíduo com comportamento suicida, Fator 2 que corresponde à perceção da capacidade profissional e Fator 3 associado ao direito ao suicídio. As restantes afirmações referem-se aos conhecimentos em prevenção do suicídio e às atitudes dos profissionais em relação a indivíduos deprimidos.
- Relativamente aos fatores avaliados pelo Questionário de Atitudes Frente ao Comportamento Suicida, encontrou-se aumento de médias em quatro desses fatores, sendo essas diferenças estatisticamente significativas em três deles: atitudes em relação ao indivíduo deprimido, perceção da capacidade

profissional e conhecimentos em prevenção do suicídio.

-O único fator em que não se verificou aumento das médias da avaliação inicial “antes do curso” para a avaliação final “depois do curso” foi o fator 3, designado por direito ao suicídio.

-Não se verificam diferenças estatisticamente significativas de atitudes em relação ao comportamento suicida em função das variáveis gênero, função desempenhada, idade e tempo de serviço.

ESTUDO E11

Hjelmeland, Osafo, Akotia e Knizek (2013) *The law criminalizing Attempted suicide in Ghana*

Tipo de Estudo / Instrumento de coleta de dados	Participantes/ Amostra	Objetivos
Qualitativo Entrevistas semiestruturadas	n=8 enfermeiros do serviço de urgências, 8 psicólogos clínicos e 8 policias.	Investigar as atitudes relativamente à lei que criminaliza as tentativas de suicídio dos profissionais de saúde e dos policias no Gana.

Resultados:

-A maioria dos participantes (71%) estava em desacordo com a lei que criminaliza as tentativas de suicídio. Relativamente aos enfermeiros, cinco eram de acordo com a lei e três eram contra.

-As razões para ser de acordo com a lei eram: ninguém tem o direito de tirar a vida, nem a sua própria. - Alguns enfermeiros viam a lei com um efeito dissuasivo, que direta ou indiretamente contribuía para reduzir as tentativas de suicídio. Outros viam o suicídio como um ato muito assustador para as outras pessoas.

-Os psicólogos na generalidade compreendem a tentativa de suicídio como uma doença, enfatizam a necessidade do cuidado e uma visão empática. Por outro lado, os enfermeiros demonstraram mais atitudes moralistas em relação ao suicídio e vem as pessoas que tentam o suicídio como culpadas devendo ser punidas.

ESTUDO E12

Ouzouni e Nakakis (2013). *Nurses' attitudes towards Attempted suicide, Health science jornal.*

Tipo de Estudo / Instrumento de coleta de dados	Participantes/ Amostra	Objetivos
Quantitativo: Estudo transversal Questionário “Attitudes Towards Attempted Suicide- Questionnaire” (ATAS-Q).	n=255 enfermeiros e assistentes de enfermagem de 4 hospitais da Grécia.	Explorar as atitudes dos enfermeiros gregos perante as tentativas de suicídio em serviços de médicos, cirúrgicos, ortopedias, unidades de cuidados intensivos e urgência.

Resultados:

-No geral todos os enfermeiros revelaram atitudes negativas perante a tentativa de suicídio.

-Enfermeiros mais novos e com menos experiência de trabalho expressaram atitudes mais favoráveis, bem como os enfermeiros especialistas

-Os enfermeiros que trabalhavam em serviços médicos apresentaram atitudes mais favoráveis, e os enfermeiros com atitudes menos favoráveis foram os das unidades de cuidados intensivos.

-Enfermeiros que já tinha pensado em suicídio ou que tiveram uma relação com alguém que cometeu suicídio apresentaram atitudes mais positivas.

-Enfermeiros com mestrado e especialização revelaram atitudes mais positivas.

- O questionário consiste em oito fatores (F1 “positividade”, F2 “aceitabilidade”, F3 “religiosidade”, F4 “papel profissional e cuidado”, F5 “manipulação”, F6 “traços de personalidade”, F7 “doença mental”, F8 “discriminação”)

-Em relação ao fator 5 “manipulação”, a pontuação média mostra que os entrevistados consideram a tentativa de suicídio um comportamento manipulativo.

-A pontuação média do fator 6 “traços de personalidade” mostra que os entrevistados têm opiniões relativamente favoráveis sobre os traços de personalidade das pessoas que tentam o suicídio.

-A pontuação média relativamente baixa do fator 7 “doença mental” reflete que os participantes consideram que o ato de tentar o suicídio está relacionado com uma doença mental.

-A pontuação média do fator 8 “discriminação” revela níveis muito baixos de discriminação para com as pessoas que tentaram o suicídio.

DISCUSSÃO

Na discussão dos resultados salientaram-se alguns temas chave: as atitudes dos enfermeiros; as influências da classe profissional; o papel do ensino; o modelo biomédico; a percepção de ineficiência/competências e a subnotificação de casos.

As escalas que avaliam as atitudes dos profissionais encontradas nos diferentes artigos selecionados foram as seguintes *Attitudes to suicide prevention scale* (ASPS); *Suicide Behavior Attitude Questionnaire* (SBAQ), versão em inglês ou Questionário de Atitudes Frente ao Comportamento Suicida (QUACS) versão em português e a *Attitudes Towards Attempted Suicide-Questionnaire* (ATAS-Q).

A ASPS concebida por Herron, Ticehurst, Appleby, Perry e Cordinglay em 2001, apresenta um alfa de *Cronbach* de 0,77. O SBAQ versão em inglês, ou QUACS versão em português, validado no Brasil por Botega, Reginato e Silva em 2005, apresenta um alfa de *Cronbach* para o fator 1 de 0,7; para o fator 2 de 0,6 e para o fator 3 de 0,5. A ATAS-Q foi validada na Grécia por Ouzouni e Nakakis em 2009, apresenta um alfa de *Cronbach* de 0,97.

Verificamos que as escalas utilizadas nos artigos têm um alfa de *Cronbach* elevado, ou seja, uma elevada consistência interna, à exceção do fator 3 da escala SBAQ (0,5). Isto significa que os enunciados dos instrumentos utilizados são homogêneos, pelo que servem para medir o conceito (atitudes).

Atitudes dos Enfermeiros

Os estudos analisados revelam que, de uma forma geral, predominam as atitudes negativas. No entanto, os estudos E2, E5 e E9 concluem que os enfermeiros que tiveram experiência na área da saúde mental e os enfermeiros especialistas na área da saúde mental e psiquiatria tinham menos atitudes negativas. Os estudos E5, E9 e E12 concluem que os enfermeiros mais jovens tinham atitudes mais positivas, assim como enfermeiros do sexo feminino (E9). O estudo E12 conclui ainda,

que os enfermeiros que já tinham pensado em suicídio ou que tiveram uma relação com alguém que cometeu suicídio, tinham atitudes mais positivas. Estas diferenças podem sugerir que uma maior experiência e/ou uma maior formação na área da saúde mental, assim como vivências pessoais com estas situações, poderão diminuir o estigma e as atitudes negativas em relação à pessoa com comportamentos autolesivos ou com tentativas de suicídio.

O estudo E12 conclui que, no geral, os enfermeiros consideram as tentativas de suicídio um comportamento manipulativo, o que sugere atitudes de preconceito ou falta de conhecimento sobre estas situações. Também o estudo E8 mostra que os alunos, quando liam os processos com informações relativas ao estado mental e aos comportamentos suicidários, tinham medo de interagir com a pessoa, o que pode revelar preconceito.

No mesmo sentido o estudo E3 indica que os enfermeiros, apesar de reconhecerem a importância de adotarem atitudes positivas em jovens com tentativas de suicídio, descreveram-nos como “reincidentes”, denotando atitude de preconceito, de falta de compreensão, empatia e respeito para com os jovens.

O estudo E11, investigou as atitudes dos profissionais de saúde e dos polícias em relação à lei que criminaliza as tentativas de suicídio. A maioria da amostra dos enfermeiros eram a favor da lei, contrariamente aos restantes participantes. As razões para serem a favor da lei prendiam-se com o facto de ninguém ter o direito de tirar a vida, nem a sua própria; a lei tem um efeito dissuasivo que poderia contribuir para reduzir as tentativas de suicídio e assim serem consideradas um ato assustador para as outras pessoas e, portanto, deveriam ser consideradas um crime e ser punidas como tal. Relativamente à primeira razão pode pressupor-se que existem atitudes moralistas e de juízo de valor. O facto de os enfermeiros considerarem que esta lei pode ter um efeito dissuasivo mostra que não compreendem as

tentativas de suicídio e a pessoa como um ser individual e biopsicossocial. As pessoas que tentam o suicídio estão vulneráveis e em sofrimento psicológico, ao serem condenadas não vão ter a ajuda que necessitam. Os enfermeiros ao considerarem as tentativas de suicídio um crime representa atitudes de punição por parte destes.

Estes resultados são corroborados pelo estudo E2 e E6 que concluem que os enfermeiros têm elevados níveis de atitudes moralistas e de juízo de valor.

Alguns estudos (E3, E4, E5, E6 e E12) indicam variáveis relacionadas com as atitudes negativas como o local de trabalho, treino específico na área do suicídio, a experiência de trabalho na área da saúde mental ou psiquiatria, as condições em que os enfermeiros trabalham e a formação profissional.

Influências da Classe Profissional

Encontramos algumas referências à classe profissional enquanto fator influenciador das atitudes dos enfermeiros. Em E2, os enfermeiros revelaram menos atitudes moralistas e de juízo de valor do que os assistentes de enfermagem, o que se pode interligar com outro dos temas da nossa discussão que é o papel do ensino nas atitudes dos enfermeiros.

Em E9 os resultados obtidos mostram que os médicos de especialidades médicas apresentam atitudes mais negativas perante o suicídio do que os outros grupos de profissionais de saúde (clínicos gerais, psiquiatras, enfermeiros de saúde mental, psicólogos, enfermeiros, assistentes sociais e dentistas). No entanto, também revelou que os psiquiatras apresentam atitudes mais positivas que os enfermeiros especialistas em saúde mental. O estudo E11 corrobora estes resultados na medida em que dá uma perspetiva não tão positiva dos enfermeiros, pois referem que os psicólogos na generalidade compreendem a tentativa de suicídio como uma doença, enfatizam o cuidado e têm uma intervenção baseada na empatia, enquanto que

os enfermeiros demonstraram mais atitudes moralistas em relação ao suicídio e vêm as pessoas que tentam o suicídio como culpadas, devendo ser punidas.

Consideramos que estas diferenças na classe profissionais são uma barreira ao cuidado à pessoa, na medida em que podem comprometer o trabalho em equipa multiprofissional.

Papel do Ensino/Formação

O estudo quantitativo E1 reforça a necessidade de educação e capacitação dos profissionais de saúde, revelando-nos que a maioria dos participantes (59,7%), profissionais dos cuidados de saúde primários, nunca tinham lido um manual ou artigo que os guiasse no cuidado à pessoa com tentativa de suicídio. Evidencia a necessidade de formação, visto que os participantes foram incapazes de avaliar o grau do risco de suicídio, classificando com alto risco de suicídio as pessoas com plano de suicídio e as pessoas que não têm plano.

Também em E2 os profissionais com baixo nível de ensino sobre suicídio têm elevados níveis de atitudes “moralísticas/de julgamento”. E3 realça que os enfermeiros sentem que a atual formação em saúde mental é inadequada para atender às necessidades, o que se traduz em receio para cuidar de jovens em sofrimento mental.

A experiência profissional na área da saúde mental é um dos fatores que interfere com as atitudes dos profissionais, o que está associado também ao papel do ensino como fator influenciador das atitudes. Os estudos E2 e E5 revelaram que o treino específico na área do suicídio e a experiência profissional em serviços de psiquiatria e saúde mental eram um determinante que estava associado a menos atitudes moralistas e de juízo de valor e a níveis mais elevados de auto percepção das competências profissionais.

Mostra-se fundamental o papel da formação na área de saúde mental para os enfermeiros, este fator traduz-se em atitudes mais positivas perante a prevenção do suicídio (E9). Este

estudo revela que para além de atitudes mais positivas, os profissionais da área de saúde mental sentem-se mais competentes para prevenir o suicídio das pessoas de quem cuidam. Importa ainda salientar que neste estudo, os psiquiatras apresentam atitudes mais positivas perante a prevenção do suicídio do que os enfermeiros de saúde mental.

Efetivamente mais conhecimento é sinónimo de mudança de atitudes, esta é a conclusão emerge do estudo português E10 que demonstrou que após a formação o conhecimento dos profissionais apresentou um aumento significativo relativamente à prevenção do suicídio e que ocorreram mudanças significativas nas atitudes dos profissionais perante a pessoa com comportamentos suicidários.

Influência do Modelo Biomédico

Outro tema que emerge dos resultados é a predominância do Modelo Biomédico. Vários estudos demonstram que a prestação de cuidados está direcionada à patologia e ao cuidado físico, enfatizando pouco os fatores psicossociais e a subjetividade da pessoa.

O estudo E6 demonstrou que os enfermeiros atuavam de forma diretiva com a pessoa que tinha tentado o suicídio, priorizando exclusivamente o cuidado físico e desvalorizando o apoio emocional.

Estes resultados são corroborados pelo estudo E4, onde embora os participantes conhecessem os fatores de risco para tentativa de suicídio, não exploravam a questão nem com a pessoa que tentou o suicídio, nem com a família, apenas recolhiam informação referente aos atos associados a cuidados físicos.

No estudo E11, a maioria dos enfermeiros é a favor da lei que penaliza as tentativas de suicídio na República do Gana, alguns consideravam que ninguém tinha o direito a tirar a vida, nem a sua própria. No mesmo sentido, o estudo E9, relativamente à afirmação “cada pessoa tem o direito de se matar”, mostrou que apenas 38,9% dos enfermeiros

e 24,6% dos psiquiatras concordavam com a afirmação. Estes resultados podem também relacionar-se com o Modelo Biomédico, uma vez que neste modelo a morte é vista como um reflexo de incapacidade dos sistemas responsáveis pela manutenção da vida (Barros, 2002). Ou seja, não há uma compreensão da morte como parte do ciclo vital, deixa de ser um fenómeno natural e é vista como sinónimo de fracasso, impotência e imperícia.

Perceção de Ineficiência/Competências Profissionais

No estudo E2, os enfermeiros com elevados níveis de autoperceção das suas competências têm níveis mais baixos de sentimentos negativos com a pessoa que tentou o suicídio. Podemos considerar que estes enfermeiros têm níveis mais elevados de autoconfiança que podem advir de mais conhecimentos (componente cognitiva da atitude) sobre esta área, reduzindo sentimentos negativos (componente emocional da atitude).

Também em E9, a maioria dos enfermeiros (86,1%) concorda com a afirmação “Se alguém realmente quer suicidar-se fá-lo-á, mesmo sob cuidados médicos ótimos”, o que pode representar uma perceção de ineficiência perante a pessoa com tentativa de suicídio, influenciando de forma negativa a intervenção dos enfermeiros.

Subnotificação de Casos

O estudo E7 indica que os casos de tentativas de suicídio são subnotificados. Este estudo não distingue as tentativas de suicídio dos comportamentos autolesivos. Analisaram 73 000 “fichas ambulatoriais” de pessoas que deram entrada num pronto atendimento e verificaram que existiam casos que pressupunham tentativa de suicídio, mas que não foram notificados pelos profissionais de saúde. Ao não serem notificados leva a que não se reconheça estas situações como um problema, tendo consequências individuais e sociais. Se não há notificação, o problema é inexistente, não se intervêm adequadamente

na pessoa e não se formulam políticas de saúde apropriadas.

CONCLUSÃO

As atitudes são crenças e sentimentos que predeterminam, positiva ou negativamente, as respostas a pessoas ou situações, influenciando os comportamentos (Rodrigues, 2012).

Após a análise dos resultados dos artigos selecionados percebeu-se que predominam as atitudes negativas, atitudes moralistas, de juízo de valor e de preconceito que conduzem os enfermeiros a agir de forma inadequada perante a pessoa com comportamentos autolesivos ou tentativas de suicídio. Os resultados evidenciaram que os enfermeiros mais novos; com experiência ou especialistas na área da saúde mental e psiquiatria; e com vivências pessoais relativamente a situações de comportamentos autolesivos ou tentativas de suicídio têm atitudes mais favoráveis.

Considerando as componentes cognitiva, emocional e comportamental que constituem a atitude, podemos pressupor que a aprendizagem na área de saúde mental e psiquiatria pode mudar positivamente as crenças e ideias do enfermeiro perante a pessoa e que a vivência pessoal destas situações pode influenciar os sentimentos.

Também a questão da cultura, da predominância do modelo biomédico e da percepção dos enfermeiros sobre a sua ineficiência/competência podem influenciar as suas atitudes.

Perceber as atitudes dos enfermeiros perante a pessoa com comportamentos autolesivos ou com tentativas de suicídio, permite-nos refletir acerca da nossa prática, tantas vezes enraizada em (pré)conceitos e estigma. A reflexão é fundamental para a mudança de atitudes negativas e consequentemente de comportamentos, tornando a intervenção de enfermagem mais adequada às reais necessidades da pessoa a quem prestamos cuidados.

BIBLIOGRAFIA

- Alves, M., & Cadete, M. (2015). Suicide attempts among children and adolescents: partial or total injury? *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(1), 75-84. <https://doi.org/10.1590/1413-81232014201.22022013>
- Apóstolo, J. (2017). *Síntese da evidência no contexto da translação da ciência*. Coimbra, Portugal: Escola Superior de Enfermagem de Coimbra (ESEnfC).
- Barros, J. (2002). Pensando o processo saúde doença: a que responde o modelo biomédico? *Saúde e Sociedade*, 11(1), 67-84.
- Botega, N., Reginato, D., Silva, S., Cais, C., Rapeli, C., Mauro, M., ... Stefanello, S. (2005). Nursing personnel attitudes towards suicide: the development of a measure scale. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, pp. 315–318.
- Cutcliffe, J. & Santos, J. C. (2012). *Suicide and Self-Harm*. London: Quay Books.
- DGS. (2013). Plano Nacional de Prevenção do Suicídio 2013/2017. Portugal: Lisboa.
- DGS. (2017a). Programa Nacional Para a Saúde Mental 2017. Portugal: Lisboa.
- DGS (2017b). Relatório do Programa Nacional para Saúde Mental 2017. Portugal:Lisboa.
- Draper, B., Krysinska, K., Leo, D., & Snowdon, J. (2014). Health Care Professional Attitudes Toward Interventions to Prevent Suicide. *Suicidology Online*, 5(1), 24–32.
- Herron, J., Ticheurst, H., Appleby, L., Perry, A., & Cordingley, L. (2001). Attitudes Toward Suicide Prevention in Front-Line Health Staff. *The American Association of Suicidology*, 31(3), 342–347.
- Hjelmeland, H., Osafo, J., Akotia, C. S., & Knizek, B. L. (2013). The Law Criminalizing Attempted Suicide in Ghana. *Crisis*. <https://doi.org/10.1027/0227-5910/a000235>
- Jones, S., Krishna, M., Rajendra, R. G., & Keenan, P. (2015). Nurses attitudes and beliefs to attempted suicide in Southern India. *Journal Mental Health*, 24(6), 423–429. <https://doi.org/10.3109/09638237.2015.1019051>

Lau, R., Mccauley, K., Barnfield, J., Moss, C., & Cross, W. (2015). Attitudes of midwives and maternal child health nurses towards suicide: A cross-sectional study. *International Journal of Mental Health Nursing*, 24(1), 561–568. <https://doi.org/10.1111/inm.12162>

Ouzouni, C., & Nakakis, K. (2009). Attitudes towards attempted suicide: the development of a measurement tool. *Health Science Journal*, 3(4), 222–231.

Ouzouni, C., & Nakakis, K. (2013). Nurses' attitudes towards attempted suicide. *Health Science Journal*, 7(1), 119-134.

Rodrigues, L. (2012). *Psicologia B*. Lisboa: Plátano Editora. ISBN: 978-972-770-690-7.

Santos, E., Azevedo, A, Silva, G., Barbosa, I., Medeiros, R., & Valença, C. (2017). The look of emergency nurse at the patient who attempted suicide: an exploratory study. *Online Brazilian Journal of Nursing*, 16(1), 6-16.

Santos, J. (2001). A Atitude dos Enfermeiros Perante o Indivíduo Para-suicida. *Psiquiatria Clínica*, 22(1), 101-111.

Santos, J. (2007). *Para-Suicídio. O que dizem as famílias. A emoção expressa*. Coimbra: Formasau.

Santos, M. J. (2014). Da Proteção e do Risco. In C. B. Saraiva, B. Peixoto & D. Sampaio (Eds), *Suicídio e Comportamentos Autolesivos. Dos conceitos à prática clínica*. (pp. 111-125). Lisboa: LIDEL

Scheckel, M., & Nelson, K. (2014). An interpretative study of nursing students' experiences of caring for suicidal persons. *Journal of Professional Nursing*, 30(5), 426-435. <https://doi.org/10.1016/j.profnurs.2014.03.003>

Silva, P., Nóbrega, M., & Oliveira, E. (2018). Knowledge of the nursing team and community agents on suicide behavior. *Jornal of Nursing UFPE On Line*, 12(1), 112-117.

Simões, R., Erse, M. P., Façanha, J. & Santos, J. (2014). Enfermagem em Suicidiologia. In C. B. Saraiva, B. Peixoto & D. Sampaio (Eds), *Suicídio e Comportamentos Autolesivos. Dos conceitos à prática clínica* (pp. 193-202).

Lisboa: LIDEL.

The Joanna Briggs Institute (2015). *Joana Briggs Institute Reviewers' Manual: 2015. Methodology for JBI Socping Reviews*. South Australia: The Joanna Briggs Institute.

Thomas, L. (2017). Nursing children and young people: what mental health training is required? *British Journal of Nursing*, 26(1), 234–237.

Vedana, K. G. G., Magrini, D. F., Zanetti, A. C. G., Miasso, A. I., Borges, T. L., & Santos, M. A. (2017). Attitudes towards suicidal behaviour and associated factors among nursing professionals: A quantitative study. *Wiley*, 651-659. <https://doi.org/10.1111/jpm.12413>

WHO. (2011). Impact of economic crises on mental health. WHO Regional Office for Europe.

BRINCAR, BRINCADEIRAS E BRINQUEDOS: ESTUDO DE CASO NUMA UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR.

Bárbara Machado⁽¹⁾, Ricardo Castro⁽²⁾, Isabel Araújo⁽³⁾



Resumo

Este estudo teve como objetivos: sensibilizar os pais sobre o brincar nas várias faixas etárias; instruir os pais acerca da correta higienização dos brinquedos; alertar para o impacto da tecnologia no desenvolvimento dos seus filhos. Foi realizado um estudo caso, com a finalidade de monitorizar o impacto da formação num grupo de pais. Selecionamos uma amostra intencional de 7 pais, inscritos numa Unidade de Saúde Familiar de um concelho, de uma região Norte de Portugal. A Sessão de Educação para a Saúde foi implementada no dia 30 de janeiro de 2018, sendo aplicado um questionário antes e após a sessão. Os resultados mostraram que após a Sessão de Educação para a Saúde, 100% dos participantes conseguia identificar os principais brinquedos nas diferentes faixas etárias, bem como os produtos para uma correta higienização dos brinquedos. Contudo, apenas 86% conseguiu identificar que uma criança menor de 2 anos não deveria ver televisão. Palavras chave: Brincar; brinquedos; higienização de brinquedos; tecnologia.

Abstract

PLAY, GAMES AND TOYS: CASE STUDY IN A FAMILY HEALTH UNIT

This study main objectives were: sensitize parents about the toy in the various age groups, to instruct the parents about the correct hygiene of the various toys and make them aware about the impact of technology on their children's development. We carried out a case study, with the purpose of monitoring the impact of session in a group of parents. We selected an intentional sample of 7 parents, enrolled in a Family Health Unit of a municipality, in a region of Northern Portugal. Data collection took place on January 30, 2018, and a questionnaire was applied before and after the session. The results showed that after the implementation of the Health Education Session, 100% of the sample could identify the main toys in the different age groups, as well as the products for a correct hygiene of the toys. However, just 86% was able to identify that a child under the age of 2 should not watch television.

Keywords: play; toys; toy hygiene; technology.

Resumen

JUEGO, JUEGOS Y JUGUETES: ESTUDIO DE CASO EN UNA UNIDAD DE SALUD DE LA FAMILIA

Este estudio tiene como objetivo: sensibilizar a los padres sobre el juguete en diversos grupos de edad, educar a los padres acerca de la correcta limpieza de los juguetes y advertir sobre el impacto de la tecnología en el desarrollo de sus hijos. Se realizó un estudio de caso con el fin de monitorizar el impacto de la aplicación en un grupo de padres. Seleccionamos una muestra intencional de 7 padres, inscritos en una Unidad de Salud Familiar de un municipio, de una región Norte de Portugal. Los datos fueron recolectados el 30 de enero de 2018, con un cuestionario antes y después de la sesión. Los resultados mostraron que después de la aplicación de la Sesión de Educación sobre la Salud, 100% de la muestra podría identificar los principales juguetes en diferentes grupos de edad y productos para la limpieza adecuada de los juguetes. Sin embargo, sólo el 86% pudo identificar a un niño de 2 años no deben ver la televisión.

Palabra clave: jugar; juguetes; la limpieza de los juguetes; tecnología.

Submetido em novembro 2018. Aceite em janeiro 2019

⁽¹⁾ Enfermeira, Enfermeira no Centro Hospitalar do Médio Ave, Portugal (barbara.saphira@hotmail.com).

⁽²⁾ Engenheiro Informático, Mestre em Ensino de Tecnologias de Informação e Comunicação, Professor Adjunto, Escola Superior de Tecnologia e Gestão - Instituto Politécnico de Viana do Castelo, Portugal (rape@estg.ipv.pt).

⁽³⁾ Enfermeira, Doutor em Enfermagem, Professor Coordenador, Escola Superior de Saúde do Vale do Ave, Portugal (isabel.araujo@ipsn.cespu.pt).

INTRODUÇÃO

De acordo com a Direção Geral da Educação (2016), educar para a saúde consiste em dotar a população de conhecimentos, valores e atitudes que os ajudem a tomar decisões e a fazer opções à sua saúde, bem-estar físico, social e mental, bem como a saúde dos que os rodeiam, conferindo-lhes um papel interativo.

Atualmente, assistimos a um aumento progressivo da natalidade em Portugal, que nos faz acreditar num “Descongelamento da Parentalidade” (Arreigoso, 2016). No ano de 2015, de acordo com o Instituto Nacional de Estatística (2016), nasceram 85 500 crianças, o que se traduz em um aumento de 3,8% (3 133 crianças), relativamente ao ano anterior. Por outro lado, 2016 foi um ano em que este aumento se confirmou. Assim, verificou-se que nasceram diariamente, em média, mais oito crianças do que no ano anterior (Arreigoso, 2016).

Desta forma, com um aumento no número de nascimento, torna-se crucial saber como brincam as crianças de hoje. Brincar esteve, desde sempre, ligado ao ser humano, na medida em que é uma condição essencial para que, a criança de hoje, se torne no adulto de amanhã (Silva A. , 2010).

O brinquedo é definido como um objeto, que por se destinar a divertir a criança, é considerado lúdico. Este é ainda o suporte para a brincadeira (Aguiar, 2004; Mello, & Valle, 2005). Os brinquedos são, assim, considerados importantes aliados no processo de aprendizagem das crianças, visto que, o ato de brincar é muito mais do que um momento de descontração e divertimento, sendo que, este é indispensável à saúde física, emocional e intelectual da criança (Camejo, 2012). Como afirmou Silva (2010, cit Epstein) “l’enfant ne joue pas pour apprendre, il apprend par ce qu’il joue”, ou seja, “A criança não brinca para aprender, aprende porque brinca”. Assim, não sendo indiferente a esta problemática, questionamos: Será que os pais das crianças na primeira infância reconhecem os brinquedos adequados para os seus filhos? Sabem como

higienizá-los? Têm consciência do impacto das tecnologias no desenvolvimento dos seus filhos?

Desta forma, delineamos os seguintes objetivos: Sensibilizar os pais sobre o brinquedo nas várias faixas etárias; Instruir os pais acerca da correta higienização dos brinquedos; Alertar para o impacto da tecnologia no desenvolvimento dos seus filhos.

Este artigo resulta de uma componente de um trabalho de licenciatura, referente a aplicação de uma Sessão de Educação para a Saúde, num ensino clínico realizado na Comunidade.

Quadro Teórico

A infância e as primeiras experiências de vida, enquanto criança, determinam aquilo que o ser humano será enquanto adulto. É neste período que aprendemos mais sobre nós, sobre os outros e sobre o mundo (Dias, Correia, & Marcelino, 2013). A Primeira Infância compreende o período da vida que envolve a gestação, o nascimento e os primeiros três anos de vida, sendo essencial na formação da pessoa, na construção da subjetividade e das interações sociais (Secretaria Estadual da Saúde, 2003). Nos primeiros três anos de vida, a criança desenvolve capacidades cognitivas devido ao interesse pelo mundo à sua volta e à sua necessidade de comunicação. Nesta fase a criança precisa de satisfazer necessidades de afeto, de segurança, de reconhecimento e competência (Dias, Correia, & Marcelino, 2013).

Destaca-se na primeira infância, o Desenvolvimento Cognitivo, que consiste nas mudanças relativas à idade que ocorrem nas atividades mentais. Piaget propôs estágios do raciocínio, cada estágio é derivado e constrói-se pelas relações obtidas no estágio anterior, num processo contínuo e ordenado. Sendo assim, o percurso do desenvolvimento intelectual, relaciona-se ao amadurecimento, é constante e divide-se nos seguintes estágios: sensorio-motor (do nascimento aos 2 anos)

e pré-operacional (dos 2 aos 7 anos). No primeiro, a criança é governada por sensações, onde ocorre a aprendizagem simples. Ao fim deste estágio, a criança começa a usar a linguagem e o pensamento representacional. Por outro lado, no estágio pré-operacional a característica predominante é o egocentrismo, nesse sentido não significa egoísmo, mas antes a incapacidade de se colocar no lugar do outro, sendo assim, é incapaz de ver as coisas numa perspectiva diferente da sua (Hockenberry, 2006).

Nas últimas décadas, pela evidência empírica, destaca-se o aumento de estudos focados no desenvolvimento da criança (Monteiro, Araújo, Ximenes & Vieira, 2014; Palangana, 2015; Vieira, Araújo & Jamelli, 2016; Maciel, Martins, Pascual, & Maia Filho, 2016). A Direção Geral da Saúde (2013), no mais recente Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, preconiza como um dos grandes objetivos a avaliação do desenvolvimento psicomotor.

Tendo em conta o supracitado, podemos facilmente interligar a importância dos brinquedos com o desenvolvimento da criança. Entre as 4-6 semanas, a roca auxilia e estimula a capacidade que a criança deve ter de reagir ao som a 15cm do ouvido. Aos 3 meses, o brinquedo auxilia na capacidade que possuem para agitar objetos na mão, segurando por exemplo uma roca e/ou agitando-a. Embora a visão ainda seja imperfeita, podemos utilizar uma bola vermelha, pois a criança é capaz de a seguir, quer na horizontal, quer na vertical. Aos 6 meses, o brinquedo é importante na medida em que estimula a capacidade de apreensão palmar, uma vez que a criança já é capaz de alcançar o objeto voluntariamente. Por outro lado, utiliza o brinquedo ao transferi-lo de uma mão para a outra, ou então, segurando dois brinquedos, um em cada mão. Como explora o mundo com a boca, nesta fase a escolha do brinquedo deverá proporcionar e fortalecer esta necessidade, bem como ser uma experiência nova e enriquecedora. Nesta fase é já muito ativo e sociável. O brinquedo

poderá ser uma ferramenta importante no auxílio deste contacto com a sociedade. Aos 9 meses os brinquedos auxiliam a criança a desenvolver a capacidade de ficar sentado, bem como poderão ser uma fonte de estimulação para a mesma se colocar de pé com auxílio. Podem ainda ser um incentivo à criança gatinhar. Nesta fase, brinquedos com botões são aqueles que mais despertaram a curiosidade da criança, uma vez que a mesma gosta de premir botões e explorar buracos. Nesta idade, o brinquedo que a criança atira constantemente ao chão é um agente facilitador do desenvolvimento, permitindo que a mesma tenha noção do seu corpo, bem como da profundidade do espaço. Aos 12 meses, os brinquedos já são explorados de diversas formas. Caixas com conteúdo são foco de atenção e interesse, pois já brinca com cubos, como forma de imitação. Nesta fase os brinquedos, que se parecem objetos do dia-a-dia, são utilizados no desenvolvimento de um modo funcional (exemplo: telefone). Aos 15 meses é importante utilizar brinquedos de forma mais pedagógica, nomeadamente lápis para a escrita e desenho. A criança empilha e encaixa cubos, desenvolvendo uma lógica associativa. Deve ainda, ser estimulado o uso de brinquedos como livros com imagens ou com sons. Aos 18 meses, o brinquedo poderá auxiliar no desenvolvimento motor, nomeadamente a capacidade da criança para o apanhar do chão (Maia, Fernandes, Leite, Santos, & Pereira, 2016).

Devemos estimular a criança a fazer puzzles de forma simples, desenvolvendo assim, a noção de forma e cor. Aqui o brinquedo poderá ser utilizado como incentivo da linguagem, na medida em que o mesmo estimula a criança a enumerar algumas palavras, por forma a identificar os diferentes brinquedos. Aos 2 anos, brinquedos como as bolas, estimulam o desenvolvimento motor, potenciando as corridas e caminhadas. Por outro lado, brinquedos com diferentes formas auxiliam a desenvolver a noção de diferentes grupos de características. Os livros auxiliam

a estimular a motricidade fina, na medida em que, a criança já é capaz de virar as páginas. Aos 3 anos, o triciclo é uma importante ajuda na estimulação não só motora, mas também na interação social (Maia, Fernandes, Leite, Santos, & Pereira, 2016).

Aos 4 anos, os brinquedos auxiliam na identificação e comparação dos diferentes tamanhos dos objetos. Os lápis possibilitam a identificação e desenho, por exemplo, uma cruz. Nesta faixa etária, aprecia brinquedos que auxiliam e propiciam o jogo simbólico. Aos 5 anos devem ser privilegiados brinquedos e brincadeiras que estimulem a criatividade, bem como as artes plásticas. Deverá ser encorajado e trabalhado o desenho mais pormenorizado da figura humana, bem como de casas e outras figuras geométricas. Deverão ainda, proporcionar-se brinquedos didáticos, acerca da noção de padrões e sequências, que a criança deverá ser capaz de reconhecer e identificar. Desta forma, podemos concluir que os brinquedos são utensílios indispensáveis para garantir que as crianças se desenvolvem de uma forma favorável.

O brincar é muito mais do que simples formas de prazer e divertimento para as crianças, é uma forma de conhecer o mundo e a realidade que a rodeia, o estímulo da criatividade e da imaginação, ajudando as crianças a pensar. Por outro lado, desempenha um papel fundamental no processo de socialização da criança, pois permite que esta se integre e adapte ao mundo social, uma vez que é através da brincadeira que a criança primeiro observa, depois imita, explora e manipula, registrando tudo no seu cérebro (Duarte, 2016; Póvoa & et al, 2013).

Brinquedos na Primeira Infância

Bebés entre os 0 e os 6 meses necessitam de brinquedos coloridos com texturas diferentes e que idealmente produzam sons, de modo, a estimular os sentidos. Os mesmos deverão ser leves e suficientemente grandes, para que este pegue neles e os explore com a boca, para que não haja risco de serem engolidos ou aspirados. Assim sendo, os brinquedos nesta

faixa etária, devem ser macios e facilmente laváveis. Como exemplos temos a bola e livro de pano, a roca e o móbile (Associação para a Promoção da Segurança Infantil, 2003). Na faixa etária dos 6 e os 12 meses, o bebé começa o processo de identificação dos objetos e de si mesmo (Silva & Rabelo, 2005). Assim, os brinquedos ideais são: guizos, brinquedos para o banho, cubos de empilhar, mordedores e os ursos de peluche. O andarilho não deve ser utilizado, pois, provoca muitos acidentes (quedas, queimaduras, ...) e, além disso, não ajudam a andar, uma vez que provocam um atraso na aprendizagem (Associação para a Promoção da Segurança Infantil, 2003). Entre 1 e os 2 anos de idade, as crianças começam a andar e conseguem interagir com outras crianças e adultos. Nesta fase ainda levam os brinquedos à boca, logo os brinquedos ideais são aqueles que convidam a uma investigação, tais como: brinquedos de montar e desmontar, brinquedos de empurrar ou puxar, triciclos, livros (Carnejo, 2012). Por fim, entre os 2 e os 3 anos, as crianças já transportam os objetos sem perderem o equilíbrio e têm a capacidade de reconhecer algumas cores (Silva & Rabelo, 2005). Os brinquedos ideais nesta faixa etária são aqueles que induzem ao movimento, como: andar de triciclo, carrinho, baloiço e jogar à bola. O interesse pelos instrumentos musicais é desenvolvido nesta faixa etária, como é o caso de pianos, tambores e violas (Carnejo, 2012).

O Ministério da Educação, com o apoio da UNICEF (2012), criou uma lista dos brinquedos mais adequados de acordo com as capacidades da criança. Como tal, para os bebés que permanecem deitados, o “ginásio de atividades”, onde se colocam elementos coloridos e que emitem sons, são a atividade ideal. Nesta fase do desenvolvimento, os brinquedos musicais são bastante apreciados, bem como o diálogo dos pais com a criança. Para os bebés que são capazes de se sentar os mordedores nesta fase são especialmente apelativos, uma vez que se encontram, geralmente, numa fase em que se dá o

nascimento dos dentes, e que levam tudo à boca. Neste estágio, apreciam igualmente, brinquedos para o banho, que deverão sempre, ser maiores que o seu pulso, para que não haja risco de aspiração. Também poderá oferecer brinquedos de encaixar, papel para amassar, entre outros. Estes brinquedos, exigem alguma concentração, sendo geralmente apelativos a partir dos 7 meses de idade. Para os bebês que já gatinham deve ser oferecida a oportunidade de vivenciar novas experiências, como por exemplo a areia, a relva, entre outras. Não esquecer que estes continuam a apreciar atividades como brincadeiras no banho e encaixar objetos. Para os bebês que já andam, uma vez que já têm maior autonomia, são exigidas agora brincadeiras mais complexas. Nesta fase, apreciam atividades, tais como a de empilhar e tentar não derrubar os objetos, empurrar objetos ou puxar objetos. É nesta fase que começam a interessar-se por peluches e bolas de futebol. Crianças por volta dos 2 anos, começam a desfrutar de atividades mais coletivas e sociais, tais como andar de escorrega ou balanço no parque infantil, ouvir histórias na biblioteca municipal, brincar na caixa da areia, assistir a teatros para crianças e ir à piscina.

Assim, torna-se imprescindível adaptar as brincadeiras e locais às necessidades da criança, assim como garantir a sua higienização.

Higienização dos brinquedos

A higienização dos brinquedos é particularmente importante, uma vez que a imunidade das crianças é muito diferente da imunidade do adulto, principalmente, na eficácia e velocidade de resposta ao “ataque” infeccioso. O sistema imunitário começa a desenvolver-se antes de a criança nascer, encontrando-se em desenvolvimento progressivo e, somente na adolescência, é alcançado o nível de imunidade presente no adulto, com a produção de todos os tipos de anticorpos e mecanismos de defesa (Helfstein C., 2016).

Desta forma, os brinquedos interferem no desenvolvimento da imunidade da criança, já que, através da sua utilização, as crianças ficam expostas a imensos microrganismos, aumentando a sua tolerância às infeções, através do desenvolvimento da imunidade adaptativa. Esta desenvolve-se, pois a criança partilha os brinquedos com outras crianças, brinca com os brinquedos que estão pelo chão e leva-os à boca (Helfstein C., 2016). Os brinquedos deverão ser higienizados de acordo com o material que os constituem, tal como é descrito no quadro 1.

Quadro 1 - Higienização dos brinquedos. Adaptado de (Vidigal, 2015).

Material constituente do brinquedo	Princípios para uma correta higienização
Brinquedos de tecido	Higienizar semanalmente, na máquina de lavar roupa, em ciclo de lavagem delicada ou então manualmente.
Brinquedos de borracha	Devem ser limpos com água e sabão ou com um pano humedecido em álcool. Os brinquedos utilizados no banho é importante garantir a drenagem de toda a água do interior, para evitar a proliferação de microrganismos.
Brinquedos de peluche	Lavar na máquina, com o mesmo detergente utilizado na lavagem das roupas ou lençóis da criança, utilizando o ciclo de lavagem delicada. É importante depois de lavar, centrifugar o brinquedo e proceder à secagem num local arejado. Quando a intenção for apenas a remoção de pó, pode expor-se o mesmo ao sol, após sacudir os mesmos, num local arejado. Brinquedos expostos no quarto deverão ser higienizados quinzenalmente, para evitar a acumulação de poeira e resíduos, que poderão ser potencialmente alergénios para a criança.
Brinquedos de metal	Pano húmido com álcool a 70%. Ter atenção, se o brinquedo apresentar ferrugem, deverá ser substituído.
Brinquedos de madeira	Limpar com espanador ou com pano húmido.
Brinquedos de plástico	Higienizar com um pano humedecido com álcool a 70%. Quando as peças não acumularem água no seu interior, poderão ser limpas com água e sabão. Peças pequenas poderão ser colocadas em água e sabão, durante 30 minutos, e posteriormente, colocadas a secar. Alguns destes materiais, também poderão ser lavados na máquina da louça. Higienizar diariamente.
Brinquedos eletrónicos	Limpar com espanador ou pano seco. Remover pilhas, se pouco utilizado, caso contrário, garantir que o mesmo funciona quinzenalmente, para manter a integridade das mesmas. É também importante, limpar regularmente os comandos das televisões e os telefones.

Genericamente, deve lavar-se os brinquedos com os quais o bebé contacta diariamente (Vidigal, 2015), sempre que estiverem sujados com comida, quando o bebé estiver doente ou em convalescença, de uma forma regular, uma vez no mês (Gutierrez, 2016).

A tecnologia na interação social da criança

Nos nossos dias, o contacto com a tecnologia é quase intrínseco ao próprio Ser Humano, uma vez que está presente em tudo o que nos rodeia. A tecnologia poderá ser muito benéfica, na medida em que, as crianças do século XXI necessitam de ferramentas capazes de lhes mostrar a mutabilidade e versatilidade do mundo em que vivem (Silva A., 2010). Contudo, importa salientar que uma utilização, de forma indiscriminada, da tecnologia, provoca, nas crianças, um desequilíbrio tanto a nível físico como psicológico, podendo originar problemas como o isolamento social e a obesidade. Este último, resultado do sedentarismo (Arruda, 2011; Paiva & Costa, 2015).

Rideout e Hamel (2006) num estudo que realizaram concluíram que 99% das crianças, com idade inferior a 6 anos, possuíam televisão em casa, 73% possuíam computador, em que o acesso à internet era dado a 69% das mesmas. Entre estas crianças, das que tinham idades compreendidas entre os 0-1 ano de idade, 19% possuíam televisão no quarto, número este que subia para os 29%, em crianças com idades entre os 2-3 anos de idade. Os pais revelaram como principais motivos para colocarem televisões no quarto dos filhos os seguintes: para eles mesmos ou familiares poderem assistir aos seus programas favoritos (55%), para manterem as crianças ocupadas (39%) e poderem fazer outras coisas ou para ajudar a criança a adormecer (30%). Por outro lado, verificaram que 43% das crianças, com idades inferiores a 2 anos, viam televisão diariamente. Posteriormente, Zimmerman, Christakis e Meltzoff (2007), no seu estudo, concluíram que aos 3 meses de idade, cerca de 40% das

crianças via regularmente televisão, DVDs ou vídeos. Aos 24 meses, essa proporção subiu para 90%.

Destacaram que os 9 meses corresponde à idade média em que foi introduzida a regular exposição, das crianças, aos meios sociais e audiovisuais. Constataram ainda, que o tempo médio de observação diário aumentou de 1 hora por dia, para crianças menores de 12 meses, para mais de 1,5 horas aos 24 meses. Os pais estavam junto dos seus filhos, aquando do uso dos média apenas, durante metade do tempo. Embora, existam pesquisas que asseguram que certos programas, com elevada qualidade, podem trazer benefícios educacionais nas crianças, com idade inferior a 2 anos, a Academia Americana de Pediatras não recomenda que estas crianças utilizem os média (Brown & et al, 2011). Do mesmo modo, Kishimoto (2010) afirma que, quando as crianças são pequenas, e são colocadas a ver televisão ou filmes, estas permanecem passivas, uma vez que não compreendem a complexidade da linguagem apresentada. Desta forma, as mesmas deverão ser estimuladas, no sentido de explorarem o mundo e o ambiente que as envolve.

METODOLOGIA

Trata-se de um estudo caso. A necessidade da implementação de uma sessão de educação acerca da temática surgiu, uma vez que denotamos a dificuldade dos pais, ao longo das consultas de enfermagem, na primeira infância, em adequar os brinquedos à faixa etária dos seus filhos.

No processo de ensino, importa prestar atenção às características do público-alvo a que se destina. Assim, convocamos para uma Sessão de Educação para a Saúde, pais de crianças na primeira infância, utentes de uma unidade de saúde familiar, de um concelho da zona Norte de Portugal. Consideramos como a população alvo, todos os utentes da unidade de saúde familiar, pais de crianças na primeira infância, ou seja, num total de 222 inscritas, durante período de 16 de janeiro a 26 de

janeiro de 2018. A amostra foi selecionada por conveniência, tendo sido convocados, nas consultas de Saúde Infantil os pais que frequentaram as consultas de enfermagem, nesse mesmo intervalo temporal.

A sessão de educação para a saúde, decorreu na sala de reuniões da Unidade de Saúde Familiar, todos os participantes permaneceram sentados durante o decurso da sessão. A disposição da mesa de reuniões e das cadeiras foi orientada no sentido de facilitar a interação e fomentar a comunicação, durante a formação. A escolha do horário teve em conta a disponibilidade das mães, que já se encontram em horário laboral. Assim, a sessão teve início às 19h.

A escolha do material a utilizar e a matéria a abordar, tiveram por base as principais dificuldades pelos pais, identificadas durante as consultas de enfermagem, na Unidade de Saúde Familiar, pelas enfermeiras de família.

Para avaliar a eficácia da Sessão de Educação para a Saúde, utilizamos um questionário, que implementamos antes e após a realização da sessão. O instrumento de colheita era constituído por uma primeira parte, em que os participantes foram inquiridos acerca de variáveis sociodemográficas como o sexo, idade, escolaridade e idade do filho mais novo. A segunda parte, constituída por seis questões, incluía questões específicas, direcionadas para as temáticas abordadas ao longo da sessão de educação para a saúde, entre as quais os brinquedos adequados a cada faixa etária, principais atividades numa criança de 2 anos e a correta higienização dos brinquedos (materiais e periodicidade).

Numa primeira fase, implementamos o questionário, seguidamente, implementamos a sessão de educação para a saúde e, por fim, foi aplicado, novamente, o mesmo questionário. O preenchimento do mesmo demorou, aproximadamente, cinco minutos.

Após a aplicação dos questionários iniciais, deu-se início à sessão, com a realização de uma atividade prática, na qual se pretendia que os participantes reorganizassem um

conjunto de brinquedos, distribuídos à priori, pelas faixas etárias que melhor se adequariam. No decurso da sessão os brinquedos foram reposicionados, à medida que eram abordados. O debate proporcionou análise e partilha de opiniões.

Durante a sessão, recorremos aos métodos expositivo, interrogativo e ativo. No final, foram fornecidos como materiais de apoio e consolidação da informação, um panfleto elucidativo acerca da temática, bem como um diploma de participação. A sessão teve uma duração de 45 minutos.

Este estudo teve autorização do Conselho Técnico da Unidade de Saúde Familiar. Assim, foi garantido o respeito de todos os pressupostos deontológicos inerentes à ética da investigação com seres humanos. Aos participantes foi-lhes explicado o estudo, bem como os objetivos do mesmo, garantindo uma participação assente num consentimento informado.

APRESENTAÇÃO E DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

A amostra foi constituída por 7 participantes, todas do sexo feminino, com idades entre os 18 e os 40 anos e uma idade média de 32 anos.

Pela observação do gráfico 1, podemos observar que os participantes eram maioritariamente licenciadas.

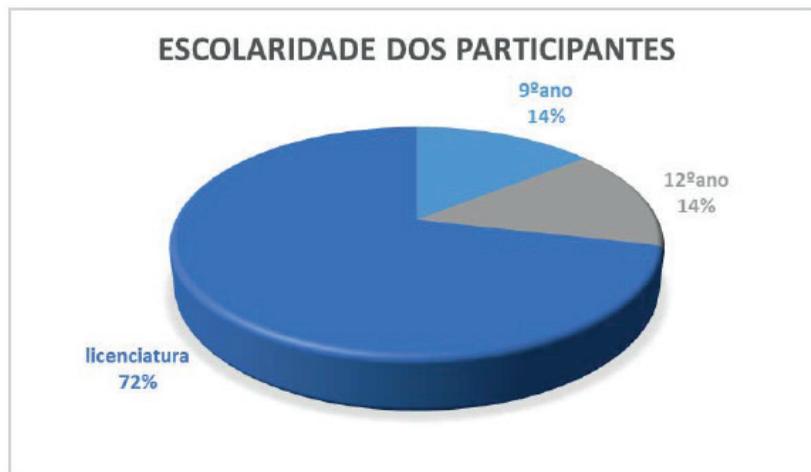


Gráfico 1 - Nível de Escolaridade dos participantes.

Pela análise do gráfico 2, podemos verificar que a idade do filho mais novo era, predominantemente, de 1 mês.



Gráfico 2 - Idade do filho mais novo dos participantes.

Podemos constatar que o impacto da sessão de educação para a saúde, nos participantes, foi positivo. Verificamos que antes da sessão a maioria dos participantes (57%) não era capaz de identificar corretamente os brinquedos conforme as diferentes faixas etárias, contudo no fim da mesma, todos foram capazes de o fazer. Por outro lado, destaca-se o aumento na percentagem de participantes que após a sessão reconhece que uma criança menor de 2 anos não deve ver Televisão. Importa salientar, que após a sessão alguns dos participantes já

eram capazes de reconhecer corretamente periodicidade de lavagem dos brinquedos. Por último, após a sessão todos os participantes foram capazes de enumerar corretamente os produtos de higienização dos brinquedos. Os seguintes resultados encontram-se explanados no quadro 2.

Quadro 2 – Avaliação de conhecimentos dos participantes.

	Antes		Após	
	Sim (%)	Não (%)	Sim (%)	Não (%)
Identificar corretamente os brinquedos por faixa etária	57	43	100	0
Reconhece que uma criança menor de 2 anos não deve ver Tv	71	29	86	14
Reconhece corretamente periodicidade de lavagem dos brinquedos	0	100	57	43
Enumera corretamente os produtos de higienização dos brinquedos	0	100	100	0

Os objetivos delineados foram atingidos com sucesso. Pela observação do quadro 2, podemos verificar a evolução positiva na aquisição de conhecimentos, por parte dos participantes.

Brougerè (2010), no seu livro intitulado “Brinquedo e Cultura”, salienta a importância do brinquedo e do brincar no desenvolvimento da função social. Assim, no brincar é vivenciada uma experiência, que ajuda no desenvolvimento da consciência, acerca da realidade (Davis & Oliveira, 1994) e (Cool & et al, 2004).

Embora brincar tenha atualmente, uma nova interveniente, a tecnologia, a brincadeira não deixará de ser importante, mágica e divertida. Esta será, portanto, sempre primordial ao Ser Humano, sendo apenas atualizada às potencialidades do mundo atual (Brito, 2014).

CONCLUSÃO

Os participantes do estudo foram utentes do sexo feminino, mães de crianças na primeira infância. As mesmas demonstravam, antes da implementação da sessão de educação para a saúde, dificuldades em reconhecer quais os brinquedos mais adequados à faixa etária dos seus filhos. Todavia, com a implementação desta sessão, foi possível sensibilizar os pais para os brinquedos existentes no mercado, e qual a melhor etapa do desenvolvimento, dos

seus filhos, para os introduzir.

As mesmas foram ainda instruídas acerca da correta higienização dos diversos brinquedos e alertadas, acerca do impacto da tecnologia no desenvolvimento dos seus filhos.

Esperamos que o material disponibilizado à USF, onde decorreu o estudo, seja utilizado a fim de transmitir estes mesmos conhecimentos a futuros pais.

Como limitação deste estudo apontamos a amostra reduzida, o que não nos permitiu inferir para a população. Todavia, o resultado deste trabalho faz-nos perceber a importância da implementação e realização de Sessões de Educação para a Saúde, a fim de sensibilizar e instruir a população, acerca da temática. Esperamos que este resultado desperte os profissionais de saúde e as instituições, para que estes ampliem o seu campo de intervenção e, compreendam a importância de educar as populações, da sua área de ação, na promoção de e para a saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguiar, J. Educação inclusiva: jogos para o ensino de conceitos. Papyrus Editora, 2004.
- Arreigoso, V. (2016). Número de bebés volta a aumentar. Expresso. Obtido em 11 de janeiro de 2016, de <http://expresso.sapo.pt/sociedade/2016-12-31-Numero-de-bebes-volta-a-aumentar>

Arruda, F. (2011). Indústria Cultural e Brinquedos Industrializados: as implicações para o imaginário infantil na sociedade contemporânea. *Revista Espaço Acadêmico*(118)

Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2003). *Vale a pena crescer em Segurança* (3ª ed.). Obtido em 15 de Junho de 2016

Brito, A. (2014). *Brinquedos e brincadeiras nos dias atuais: sob o olhar de crianças de 7 anos*. Universidade Estadual da Paraíba.

Brougerè, G. (2010). *Brinquedo e Cultura*. São Paulo: Cortez.

Brown, A., & et al. (2011). *Media Use by Children Younger Than 2 Years*. *American Academy of Pediatrics*, 128, pp. 1040-1045.

Camejo, E. (10 de Abril de 2012). *A Importância dos Brinquedos no Desenvolvimento Infantil*. Obtido em 14 de Junho de 2016, de Eliana Camejo: <http://www.camejo.com.br/sala-de-imprensa-30/59-goldsztein-patrimonial/1174-a-importancia-dos-brinquedos-no-desenvolvimento-infantil>

Cool, C., & et al. (2004). *Desenvolvimento Psicológico e Educação*. Porto Alegre: Artes Médicas.

Davis, C., & Oliveira, M. (1994). *Psicologia na Educação*. São Paulo: Cortez.

Dias, I., Correia, S., & Marcelino, P. (2013). *Desenvolvimento na primeira infância: características valorizadas pelos futuros educadores de infância*. *Revista Eletrônica de Educação*, 7(3), pp. 9-24.

Direção Geral da Educação. (2016). *Educação para a Saúde*. Obtido em 16 de dezembro de 2016, de <http://www.dge.mec.pt/educacao-para-saude>

Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil: norma da DGS nº 010/2013*. Lisboa.

Duarte, S. (2016). *A importância do brincar*. Obtido em 14 de janeiro de 2017, de *Oficina da Psicologia*: <http://oficinadepsicologia.com/a-importancia-do-brincar>

Gutierrez, K. (2016). Obtido em 16 de janeiro de 2017, de *fisher-price*: <http://>

www.fisher-price.com/pt_PT/playtime/parenting/articlesandadvice/article/detail.html?article=tcm:223-20748-16

Helfstein, C. (2016). *Imunidade*. Obtido em 09 de fevereiro de 2017, de *Pediatria Virtual*: <https://pediatriavirtual.com/imunidade/>

Hockenberry, M. J. (2006). *Wong Fundamentos da Enfermagem Pediátrica* (7ª Edição ed.). Rio de Janeiro: Mosby Elsevier.

Instituto Nacional de Estatística. (2016). *Número de nados-vivos aumentou mas saldo natural manteve-se negativo*. Obtido em 11 de janeiro de 2016, de https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=249278646&DESTAQUESmodo=2

Kishimoto, T. (2010). *Brinquedos e brincadeiras na educação infantil*

Maciel, M. R., Martins, K. P. H., Pascual, J. G., & Maia Filho, O. N. (2016). *A infância em Piaget eo infantil em Freud: temporalidades e moralidades em questão*. *Psicologia Escolar e Educacional*, 20(2), 329-338.

Maia, A., Fernandes, J., Leite, M., Santos, H., & Pereira, S. (2016). *Avaliação do desenvolvimento psicomotor pelos médicos de família: estudo observacional*. *Rev Port Med Geral Familiar*, 32, pp. 248-256

Mello, L., Valle, E. (2005). *O brinquedo e o brincar no desenvolvimento infantil*. *Psicol.*, 23(40), 43-48.

Ministério da Educação . (2012). *Manual de Orientação Pedagógica: brinquedos e brincadeiras de creches*. Brasília.

Monteiro, F. P. M., Araujo, T. L., Ximenes, L. B., & Vieira, N. F. C. (2014). *Ações de promoção da saúde realizadas por enfermeiros na avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil*.

Paiva, N., & Costa, J. (2015). *A influência da tecnologia na Infância: desenvolvimento ou ameaça?* *Psicologia*

Palangana, I. C. (2015). *Desenvolvimento e aprendizagem em Piaget e Vigotski: a relevância do social*. Summus Editorial.

Pinto, M. (2009). *Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de*

alarme. *Rev Port Clin Geral*, 25, pp. 677-687.

Póvoa, M., & et al. (2013). O brincar da criança em idade pré-escolar. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 44(3), pp. 108-112

Rideout , V., & Hamel, E. (2006). *The Media Family: Electronic Media in the Lives of infants, Toddlers, Preschoolers and their Parents*. CA: Kaiser Family Foundation.

Secretaria Estadual da Saúde. (2003). *Desenvolvimento na Primeira Infância*. Obtido em 16 de dezembro de 2016, de Primeira Infância Melhor: <http://www.pim.saude.rs.gov.br/v2/eixos/desenvolvimento-na-primeira-infancia/>

Silva , A. (2010). *Jogos, brinquedos e brincadeiras - Trajectos intergeracionais*. Tese de Doutorado em Estudos da Criança.

Silva, F. J., & Rabelo, A. A. (Outubro de 2005). Desenvolvimento de produtos infantis a partir da segmentação do mercado. *Assentamentos Humanos*, 7(1), p. 84. Obtido em 15 de Junho de 2016

Vidigal, M. (2015). *revista crescer*. Obtido em 16 de janeiro de 2017, de Qual a forma correta de limpar os brinquedos do seu filho?: <http://revistacrescer.globo.com/Familia/Rotina/noticia/2013/02/qual-forma-correta-de-se-limpar-os-brinquedos-do-seu-filho.html>

Vieira, V. C. A. M., de Araújo, C. M. T., & Jamelli, S. R. (2016). Desenvolvimento da fala e alimentação infantil: possíveis implicações. *Revista CEFAC*, 18(6), 1359-1369.

Zimmerman, F., Christakis, D., & Meltzoff. (2007). Television and DVD/video viewing in children younger than 2 years. *Arch Pediatr Adolesc Med*, 161(5), pp. 473-479.

CONTRIBUTOS DO REFERENCIAL TEÓRICO DE AFAP MELEIS PARA ENFERMAGEM DE REABILITAÇÃO

Silva, R.⁽¹⁾, Carvalho, A.⁽²⁾, Rebelo, L.⁽³⁾, Pinho, N.⁽⁴⁾, Barbosa, L.⁽⁵⁾, Araújo, T.⁽⁶⁾, Ribeiro, O.⁽⁷⁾, Bettencourt, M.⁽⁸⁾



Resumo

Enquadramento: As mudanças socioculturais, económicas, políticas e dos perfis demográficos e epidemiológicos da sociedade atual remetem para a necessidade de cuidados de saúde especializados. Sendo a Enfermagem de Reabilitação preponderante nos cuidados à pessoa ao longo do ciclo de vida, esta será mais consistente se fundamentada na ciência e nos reguladores da profissão, mas também em referenciais teóricos, que aqui se pretende realçar.

Objetivo: Explorar o contributo do referencial teórico de Afaf Meleis na prática da Enfermagem de Reabilitação.

Desenvolvimento: O referencial teórico de Afaf Meleis trouxe aos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação a possibilidade de uma orientação concetual para um exercício profissional mais intencional. Neste sentido, considerando as características das transições vivenciadas pelas pessoas e atendendo aos condicionantes facilitadores e inibidores dessas mesmas transições, tornam-se mais tangíveis os padrões de resposta favoráveis.

Conclusão: A aplicabilidade do referencial teórico de Afaf Meleis tem permitido direcionar a atenção à pessoa, família e comunidades para que estes possam vivenciar as experiências de transição de forma a obter melhores ganhos em saúde.

Abstract

CONTRIBUTIONS OF THE THEORETICAL REFERENCE OF AFAP MELEIS FOR REHABILITATION NURSING

Background: The notorious aging of the population, which translates into an undeniable change in the demographics now known, points to the need for specialized health care. Being the Rehabilitation Nursing preponderant in caring for the person throughout the life cycle, this is not only focused on the regulatory instruments of the profession, but also on the theoretical references, which we intend to highlight here.

Objective: To explore the contribution of the theoretical reference of Afaf Meleis in the practice of rehabilitation nursing.

Development: The theoretical reference of Afaf Meleis brought to the Nursing Specialists in Rehabilitation Nursing the possibility of a conceptual orientation for a more intentional professional exercise. In this sense, considering the characteristics of the transitions experienced by the people and taking into account the facilitating and inhibiting constraints of these same transitions, the favorable response patterns become more tangible.

Conclusion: The applicability of Afaf Meleis' theoretical framework has allowed his attention to the person, family and communities to be able to prepare, live and adapt to transitional experiences in order to improve health outcomes.

Keywords: Nursing Theory, nurses, rehabilitation

Resumen

CONTRIBUCIONES DEL REFERENCIAL TEÓRICO DE AFAP MELEIS PARA ENFERMERÍA DE REHABILITACIÓN

Marco Contextual: El notorio envejecimiento de la población, que se traduce en una alteración innegable de la demografía hoy conocida, remite a la necesidad de cuidados de salud especializados. Siendo, la Enfermería de Rehabilitación preponderante en los cuidados a la persona a lo largo del ciclo vital, ésta no está centrada sólo en los instrumentos reguladores de la profesión, sino también en los referenciales teóricos, que aquí se pretende realzar.

Objetivo: Explorar la contribución del referencial teórico de Afaf Meleis en la práctica de la enfermería de rehabilitación.

Desarrollo: El referencial teórico de Afaf Meleis trajo a los enfermeros especialistas en Enfermería de Rehabilitación la posibilidad de una orientación concetual para un ejercicio profesional más intencional. En este sentido considerando las características de las transiciones vivenciadas por las personas y atendiendo a los condicionantes facilitadores e inhibidores de esas mismas transiciones, se tornan más tangibles los patrones de respuesta favorables.

Conclusión: La aplicabilidad del referencial teórico de Afaf Meleis ha permitido dirigir su atención a la persona, familia y comunidades para que estos puedan prepararse, vivir y adaptar las experiencias de transición para mejorar los resultados de salud.

Palabras clave: Teoría de la enfermería, enfermería, rehabilitación.

Submetido em novembro 2018. Aceite em janeiro 2019

⁽¹⁾Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação do Centro Hospitalar Universitário de São João (email: raquelalexsilva.silva@gmail.com)

⁽²⁾Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação do Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho

⁽³⁾Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

⁽⁴⁾Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

⁽⁵⁾Enfermeira Especialista em Enfermagem de Reabilitação do Centro Hospitalar Universitário de São João

⁽⁶⁾Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação do Centro Hospitalar Tâmega e Sousa

⁽⁷⁾Professora adjunta na Escola Superior de Saúde Santa Maria, Investigadora CINTESIS

⁽⁸⁾Professora cordenadora na Escola Superior de Enfermagem S. José de Cluny

INTRODUÇÃO

Os constrangimentos que hoje se apresentam à profissão estão, sobretudo, relacionados com a complexidade da situação de saúde/doença, que se caracteriza pela transformação da realidade social, nomeadamente mudanças socioculturais, económicas, políticas, demográficas e epidemiológicas das sociedades modernas. O avanço científico-tecnológico tem permitido uma maior longevidade às pessoas portadoras de patologia crónica, que consequentemente vivem mais com dependência no autocuidado. Estas variáveis têm conduzido a um aumento crescente da necessidade de cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

Considerando a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação (EEER), esta visa promover o diagnóstico precoce e ações preventivas de Enfermagem de Reabilitação, de forma a assegurar a manutenção das capacidades funcionais das pessoas, prevenir complicações e evitar incapacidades, assim como, proporcionar intervenções terapêuticas e melhorar as funções residuais, manter ou recuperar a independência nas atividades de vida diária e minimizar o impacto das incapacidades instaladas (quer por doença ou acidente) nomeadamente ao nível das funções neurológica, respiratória, cardíaca e outras deficiências e incapacidades.

Desde meados da década de 70 do século XX que as escolas de Enfermagem se empenham na formação de Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação, acreditando ser esta uma especialidade que intervém ao longo do ciclo de vida, perante pessoas com patologia aguda e/ou crónica a experienciarem os diferentes processos de vida. Hoje verifica-se que o foco de ação do EEER mantém-se, embora, notoriamente, mais fundamentado na evidência científica.

Com diversas áreas de intervenção, o EEER orienta a sua ação desde o momento mais precoce quanto possível, com vista a: promover um ambiente adequado a novas

situações de vida; planear estilos de vida e comportamentos que previnam situações de doença/agravamento/incapacidade; minorar os défices e limitações; acompanhar a pessoa e suas famílias/familiares cuidadores ao longo do processo de reabilitação, desencadeando uma vida produtiva e tão autónoma quanto possível; articular com uma equipa multidisciplinar, obtendo uma colaboração global centrada no projeto de vida da pessoa.

No âmbito das alterações sociodemográficas, à escala mundial, é notório o envelhecimento da população, não sendo Portugal uma exceção. Fernandes (2014) salienta que Portugal é mesmo um dos países mais envelhecidos do mundo.

Dados prospetivos fornecidos pelo Instituto Nacional de Estatística (INE, 2017), preveem que a população portuguesa residente no período compreendido entre 2015 a 2080 sofra alterações da estrutura etária, com um notório envelhecimento demográfico. Nesta mesma projeção, evidencia ainda um possível declínio populacional, estimando em cerca de 22%, o que levará a que o índice de envelhecimento aumente de 131 para 307 idosos por cada 100 jovens.

Na sequência do envelhecimento e com o avanço da ciência e da investigação é imprescindível Na sequência do envelhecimento e com o avanço da ciência e da investigação é imprescindível mencionar outras alterações na sociedade que merecem especial destaque, nomeadamente: “estilos de vida pouco saudáveis, os acidentes de viação e de trabalho e a crescente incidência/prevalências de pessoas com doenças crónicas associadas” (Marques-Vieira & Sousa, 2016).

Esta perspetiva sociodemográfica remete-nos para a importância de uma maior necessidade da intervenção dos EEER, considerando as suas competências: cuidar de pessoas com necessidades especiais, ao longo do ciclo de vida, em todos os contextos da prática de cuidados; capacitar a pessoa com deficiência, limitação da atividade e ou restrição da participação para a reinserção

e exercício de cidadania; maximizar a funcionalidade desenvolvendo as capacidades das pessoas (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

Por outro lado, os Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Reabilitação orientam a prestação de cuidados especializados com vista a uma melhoria contínua, utilizando-os como alicerce da sustentação da prática e contínua avaliação da mesma. Por sua vez, os enunciados descritivos permitem esclarecer o papel do enfermeiro enquanto profissional de saúde, podendo assim a pessoa criar expectativas reais dos resultados que poderá esperar. Na procura constante dos mais altos níveis de satisfação das pessoas, o EEER tem como especial cuidado o respeito pela autonomia da pessoa e família/familiar cuidador, bem como o envolvimento da pessoa e pessoas significativas no processo de reabilitação, não descorando o reforço positivo ao longo do mesmo. Com vista a alcançar o potencial máximo em saúde, o EEER identifica e minora as barreiras arquitetónicas que limitam o exercício da cidadania e participação social, promovendo um ambiente seguro da população em geral e cria programas que permitam maximizar as capacidades funcionais da população. A prevenção de complicações, o bem-estar e o auto-cuidado são também enunciados descritivos que estão presentes na prestação de cuidados do enfermeiro especialista, por forma a identificar o mais precocemente possível riscos, limitações e incapacidades, devendo ser integradas no plano de cuidados intervenções que reduzam o risco de alterações da funcionalidade e potenciem a maximização da capacidade e bem-estar. Na procura permanente da excelência, o EEER, em conjunto com a pessoa, desenvolve processos de readaptação aos problemas de saúde, bem como processos de reeducação funcional, sendo imprescindível identificar as necessidades da pessoa, família/familiar cuidador e os fatores inibidores/facilitadores para a realização de atividades de vida diárias, com objetivo de desenvolver estratégias e

competências na preparação do regresso ao domicílio e na consequente inclusão social.

De modo a promover o desenvolvimento das competências mencionadas, o exercício profissional dos EEER par além de estar sustentado nos instrumentos reguladores da profissão deve ter por base os referenciais teóricos da disciplina (Ribeiro, 2018).

Um estudo realizado por Martins, Ribeiro & Silva (2018) em Portugal continental reforça a necessidade acima descrita, identificando que as conceções de Enfermagem, Pessoa, Saúde e Ambiente com que os EEER mais se identificam se referem ao referencial teórico de Afaf Meleis. Dos participantes, 36,3% consideram que a conceção de enfermagem está totalmente de acordo com a sua prática, 44,1% identificam-se com a conceção de pessoa, 43,1% com a conceção de saúde e 41,8% identificam-se com a conceção de ambiente da referida teórica.

O referencial teórico de Afaf Meleis evoluiu ao longo de quatro décadas, tendo resultado essencialmente da observação da forma como o ser humano enfrenta e lida com situações de mudança e/ou alteração da condição de vida (Meleis, 2010). Resultante deste processo surgiu o conceito de “transição”, que Meleis (2010) define como uma passagem ou movimento de uma fase da vida, condição ou estado para outro. No processo de transição é dada ênfase às interações entre enfermeiro/pessoa, atribuindo especial atenção à experiência individual vivenciada. Como meta a “terapêutica de Enfermagem”, assim denominada por Meleis, assenta na conceptualização e abordagem dos potenciais problemas e dificuldades encontradas pelos intervenientes no processo de transição.

Considerando relevante os aspetos acima descritos surgiu a necessidade de explicar e refletir sobre o contributo da teoria das transições de Afaf Meleis para o exercício profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Reabilitação.

DESENVOLVIMENTO

No desenvolvimento do referencial teórico de Afaf Meleis, a observação de vários processos de transição em diferentes contextos, foi imprescindível para fundamentar e consolidar a teoria. Na sua reflexão, Meleis (2010) considera que um acontecimento na saúde da pessoa e família/familiar cuidador é por si só um fator desencadeante de mudança na vida de um indivíduo. Assim, a forma como o sujeito se percebe previamente à mudança é alterada, tendo esta necessidade de vivenciar um processo de transição.

De acordo com Meleis, a transição refere-se à passagem ou movimento de um estado, condição ou de um lugar para outro. Diz respeito aos processos e resultados de uma interação entre pessoa e o ambiente, podendo envolver mais do que a pessoa e o seu envolvimento no contexto e situação. A transição é entendida como sendo um processo psicológico envolvido na adaptação a um evento de mudança, por forma a incorporá-lo. Este processo de reorganização interior em que a pessoa aprende a adaptar-se a novas circunstâncias é visto pela autora como, um processo com multiplicidade e complexidade, na medida em que o indivíduo pode vivenciar uma transição em diferentes contextos no mesmo momento. Ou seja, considera-se que dois tipos de transição possam ocorrer simultaneamente (Meleis et al 2000).

Meleis (2010) defende a rotura como uma característica primordial quando se fala em Meleis (2010) defende a rotura como uma característica primordial quando se fala em transição. Para que este processo ocorra deverão existir cortes de laços que suportam e fortalecem os sentimentos de segurança no mundo tal como o conhece. A rotura é o culminar das expectativas e referências previamente construídas, o que influencia os conceitos de bem-estar e satisfação.

Assim sendo, e de modo estruturado, Meleis et al (2000) enunciaram a existência de três componentes: natureza das transições, condições para a transição e padrões de

resposta.

Relativamente à natureza das transições, estas podem ser de diferentes tipos: de desenvolvimento, quando relacionadas com mudanças ao longo do ciclo vital; situacionais, associadas a alteração de papéis previamente desempenhados; saúde/doença, quando ocorre mudança de um estado saudável para um estado de doença; organizacional, relacionada com mudanças ambientais, sociais, políticas, económicas e intraorganizacionais. Podendo ainda, a transição apresentar diversos padrões: simples, quando a pessoa vivencia uma única transição, ou múltipla; sequenciais, quando ocorrem em intervalos de tempo distintos, ou simultâneas; relacionadas ou não relacionadas. Porém, existem propriedades que interferem diretamente ou indiretamente com o processo de transição, nomeadamente: a consciencialização, o empenho, a mudança e diferença, o espaço temporal e os eventos e pontos críticos.

Acrescem as condicionantes de transição, as quais podem ser: pessoais, da comunidade e da sociedade, sendo que cada uma pode ser facilitadora ou inibidora.

Uma transição saudável é determinada pelos padrões de resposta ao longo do processo de transição, através dos indicadores de processo e dos indicadores de resultado.

Conforme explanado na figura 1, utilizamos como exemplo este breve caso para fazer uma reflexão sobre a teoria de Afaf Meleis: Uma grávida às 42 semanas de gestação tem um parto eutócico, o recém-nascido e a mãe encontrando-se bem, identifica-se neste contexto uma transição do tipo de desenvolvimento, pois a mãe e o pai passaram a desenvolver um papel parental. Passadas 24 horas a mãe sofre uma queda que tem como consequência a fratura do colo do fémur, identificando-se neste momento uma transição saúde/doença a decorrer em simultâneo com uma transição de desenvolvimento. O pai, por sua vez experimenta, em simultâneo, uma transição de desenvolvimento, situacional (pois é o cuidador da esposa) e

organizacional (visto que a filha e a esposa estão em diferentes serviços hospitalares e estão sujeitas a cuidados diferenciados). Neste processo de transição foi determinante o envolvimento e apoio de familiares, bem como a intervenção do EEER, especificamente no ensinar e capacitar o pai para o seu novo papel, considerando imprescindível que este tivesse consciencialização da mudança e

das alterações implicadas (propriedades da transição). Ao longo do processo de transição o pai participou ativamente em todas as sessões de ensino, demonstrou conhecimento, esclarecendo as suas dúvidas, e capacidade, demonstrando mestria (padrões de resposta) concluindo-se, desta forma, que teve um processo de transição saudável.

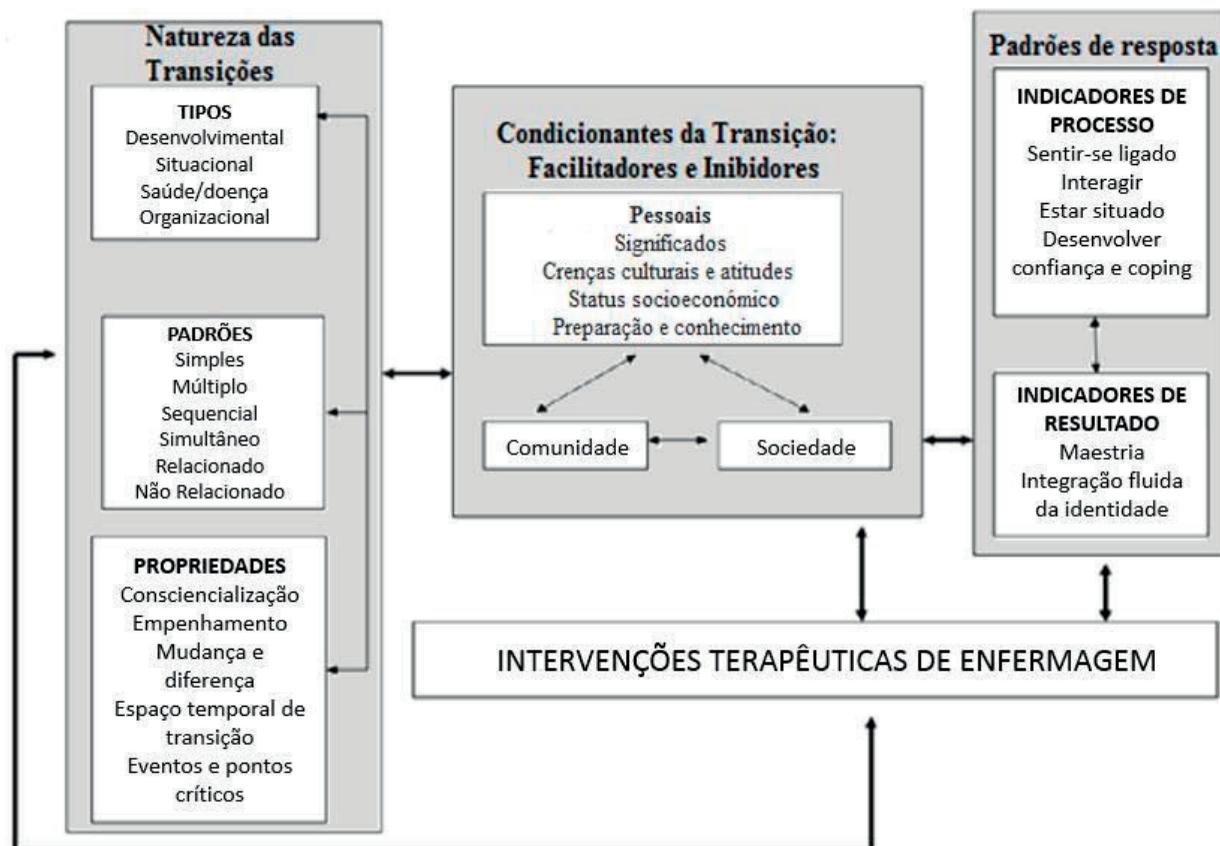


Figura 1 - Esquemática da teoria das transições de Afaf Meleis (adaptado Meleis et al, 2000)

Contributos da teoria de Afaf Meleis na prática do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação

A Enfermagem enquanto ciência e disciplina deve ter em conta os múltiplos focos de interesse e intervenção dentro do processo de transição. Este acompanhamento deve basear-se na facilitação das transições das pessoas, famílias e comunidades, devendo centrar a sua atenção no processo e nas experiências em transição, sendo a saúde e o bem-estar percebidos como resultados

(Meleis & Trangestein, 1994).

No desencadear de uma experiência de transição podem existir quatro tipos de situações, existindo em todas elas algum tipo de mudança que se relaciona com um evento externo, enquanto a transição é um processo interno (Chick & Meleis, 1986).

O plano de cuidados do EEER foca a pessoa ao longo do ciclo de vida, prevenindo a doença e promovendo o processo de readaptação. Pretendendo como resultados a satisfação da pessoa e a maximização da sua

funcionalidade, o enfermeiro especialista tem um papel imprescindível no acompanhamento de pessoas que transitam de uma situação de independência/autonomia plena para a dependência.

De acordo com o referencial teórico de Afaf Meleis existem quatro tipos de transição: saúde/ doença, desenvolvimento, situacional e organizacional.

Explicando o tipo de transição, de acordo com o definido por Meleis (2010) e transpondo para a prática dos EEER, a transição de saúde/doença consiste numa mudança na saúde ou uma situação de doença. Esta transição é desencadeada por um estado de doença, obrigando a pessoa a realizar uma passagem do estado saudável para viver com uma doença crônica ou o agravamento do estado da condição de saúde. Quando a pessoa se depara com uma transição da independência/autonomia para a dependência, de que é exemplo um episódio de acidente vascular cerebral, uma agudização de doença pulmonar obstrutiva crônica ou acidente de viação, emerge, além de outros, a necessidade de cuidados de Enfermagem de Reabilitação.

A transição de desenvolvimento surge associada às fases de vida manifestadas pela idade e acontece durante um período de tempo longo, ao contrário da transição mencionada anteriormente, que tem carácter súbito. São exemplos de transição de desenvolvimento a adolescência, a menopausa, o envelhecimento e a morte. No decorrer destas etapas de vida, a pessoa vai assumindo papéis distintos na sociedade, constituindo exemplos o papel conjugal, o parental e o profissional.

Na sequência da transição de saúde/doença e da transição de desenvolvimento emerge frequentemente, uma transição situacional. Esta transição está associada a mudanças de papéis educacionais e/ou profissionais, sendo que o EEER promove conhecimento e capacidade à pessoa e família/familiar cuidador para que estas possam adquirir competências, permitindo a reconstrução da independência/autonomia. Efetivamente, no

âmbito do exercício profissional os EEER deparam-se frequentemente com familiares cuidadores a vivenciar transições situacionais, sendo igualmente necessária a identificação de necessidades e/ou problemas dos mesmos no desenvolvimento destes novos papéis. O assumir do papel de cuidador, a admissão, a alta hospitalar ou a institucionalização, o divórcio e a viuvez são exemplos de uma transição situacional.

A transição organizacional relaciona-se com alterações ambientais que influenciam a vida da pessoa, assim como as regras e funcionamento da organização. É exemplo de uma transição organizacional a hospitalização domiciliária.

À luz do pensamento de Meleis et al (2000), é de salientar que pode haver sobreposição do tipo de transição, podendo a pessoa e família/familiar cuidador vivenciar mais do que uma simultaneamente. Assim sendo, os padrões de transição podem ser classificados como: simples ou múltiplos; sequenciais (ocorrem em diferentes intervalos de tempo) ou simultâneos; relacionados ou não relacionados. São entendidos como padrões de complexidade e multiplicidade por não serem autónomos, nem mutuamente exclusivos.

Face à reflexão anteriormente apresentada podemos salientar que todas as alterações que modifiquem a condição de vida da pessoa interferem com a sua família/familiar cuidador, alterando papéis pessoais, familiares, sociais e profissionais e com conseqüentes repercussões a nível financeiro da pessoa e família/familiar cuidador, impondo uma readaptação e reestruturação de papéis.

As propriedades da transição fazem referência a um período de tempo, que normalmente começa a partir do momento em que um evento ou uma situação chega à consciência da pessoa. Ao contrário de seu começo, o fim de uma transição é fluido, podendo ser determinado quando uma meta final é alcançada, seja com o domínio de novos papéis, desenvolvendo certas competências, sentindo uma sensação de bemestar ou

adquirindo uma qualidade de vida desejada. O evento de mudança em si é estático, mas a experiência que se segue é um processo dinâmico e fluído, ou seja, a transição passa por uma mudança, ocorrendo seguidamente uma experiência de adaptação e avança para um período de novo começo. Ocorre assim uma rotura entre o habitual e o surgimento da nova condição, levando à consciencialização do evento de mudança, da situação, dos tipos e da experiência interna de transição. Descrevemos assim a diferença entre mudança e transição como sendo a diferença entre a experiência externa e a interna da pessoa. (Smith, M & Parker, M, 2015).

As mesmas autoras referem que a perceção, a consciencialização, a definição e a redefinição do significado da mudança são propriedades de uma experiência de transição. Faz-se uma transição dinâmica, incorporando significado e mudando a interpretação por um período de tempo. A presença de acontecimentos e pontos críticos que podem ser pontos de mudança são outras propriedades da transição. A identificação de marcos é essencial para compreender as fases da experiência de transição, bem como para identificar os pontos de avaliação apropriados e os pontos de intervenção.

Quando a pessoa se confronta diretamente com as atividades de autocuidado que não consegue realizar, começa a ter consciência das mudanças que ocorreram. É neste momento que tem conhecimento e reconhece que a sua vida mudou. A consciencialização é segundo Martins et al (2016) “o resultado do processo vivido pela pessoa dependente e guarda, como antes se referiu, estreita relação com a perceção que a mesma tem das mudanças que já aconteceram e das que irão ocorrer.”

Deste modo, o EEER deve ter especial atenção na forma como a pessoa e família/familiar cuidador se posicionam em relação à nova condição de saúde física, mental, social, económica e das suas expectativas, ou seja, o modo como consciencializam a situação, bem como as mudanças. A consciencialização

é uma propriedade fundamental para que o processo de transição ocorra, podendo no caso de estar comprometida justificar a intervenção precoce do EEER.

Os pontos de mudança iniciam um processo com padrões de resposta que são comportamentos observáveis e não observáveis e funcionais ou disfuncionais. Essas respostas são influenciadas por condições pessoais, comunitárias, sociais ou globais.

Entre as condições pessoais estão o significado e os valores atribuídos à mudança e ao contexto dela. A experiência e as respostas de uma pessoa também são influenciadas pelo nível de conhecimento, habilidades relacionadas à mudança e a crença sobre o que é esperado daqueles que estão a passar pela mudança. O nível de saúde e bem-estar da pessoa e família/familiar cuidador, as condições da comunidade ou do país em geral como o apoio dos parceiros e a disponibilidade de modelos e recursos, também são fatores influenciadores que promovem ou inibem transições saudáveis e eficazes. (Meleis et al, 2000).

É imperativo que o EEER conheça os condicionantes pessoais (significado de pessoa, crenças, atitudes, status socioeconómico, preparação e conhecimento), da comunidade e da sociedade (existência de apoio familiar e social, recursos instrumentais, representação social), os quais podem facilitar ou dificultar o processo, de forma a que a pessoa e família/familiar cuidador alcancem uma transição saudável, ou seja, reestruturação de uma nova identidade, domínio de novas habilidades e alteração dos próprios comportamentos.

Numa transição saudável, denota-se mestria nos comportamentos e nos sentimentos inerentes ao novo papel e identidade, ou seja, há aquisição de novas competências para lidar com novas condições (por exemplo, a pessoa tem conhecimento, capacidade e utiliza estratégias adaptativas para o autocuidado). No caso de uma transição não saudável, ou ineficaz, existe um défice e dificuldade na

compreensão e/ ou desempenho de um papel, havendo ainda um desajuste nos sentimentos e objetivos.

Meleis (2000) considera que, embora existam diferenças individuais, é possível falar da existência de um padrão de resposta semelhante ao longo da transição. Estes padrões de resposta podem ser monitorizados através de indicadores capazes de identificar o nível de conhecimento e o nível de desempenho indispensável para fazer face à nova condição e contexto, bem como o impacto do evento na saúde. Neste sentido, as respostas da pessoa e família/familiar cuidador ao longo da transição constituem indicadores, sejam eles de processo ou de resultado.

Os indicadores de processo permitem caracterizar as respostas à transição e à forma como esta se está a processar. Desta forma, é importante definir e avaliar estas dimensões, por forma a obter dados equiparáveis com os resultados esperados ao longo da transição. São considerados indicadores de processo: sentir-se ligado, o interagir, o sentir-se situado e o desenvolver confiança e coping.

Os indicadores de resultado correspondem aos parâmetros que medem a diferença existente entre a situação esperada e a situação atual, permitindo, assim, facilitar a identificação do final da transição e possibilitar a avaliação da evolução do desenvolvimento de competências, comparando com o que foi delineado como objetivo final. Meleis et al (2000) apresentam dois indicadores de resultado: a mestria e a reformulação de nova identidade.

Ao longo do processo de transição existem as terapêuticas de enfermagem, que devem proporcionar conhecimento e capacidade à pessoa e família/familiar cuidador, por forma a desencadear respostas positivas às transições, capazes de promover sensação de bem-estar.

Meleis et al (2010) reforçam, ainda, que os enfermeiros se encontram numa posição privilegiada para intervir ao longo do processo de transição, desde a preparação da pessoa e família/familiar cuidador para a transição,

accedendo às necessidades psicossociais durante o processo e assegurar as terapêuticas de enfermagem necessárias, facilitando o desenvolvimento de competências.

Petronilho (2012), alude que para Meleis a Enfermagem de Reabilitação sustenta e orienta as suas terapêuticas de enfermagem em torno dos focos de atenção como os processos corporais e os processos adaptativos, associados às transições. Constitui-se, portanto, o EEER como um importante recurso facilitador e mobilizador dos processos de adaptação, das alterações de vida das pessoas e cuidadores, no período de recuperação após evento crítico, mobilizando os recursos pessoais, internos e externos, sendo portanto os promotores nos "(...) clientes para a vivência das transições e são quem facilita o processo de desenvolvimento de competências e aprendizagem nas experiências (...)" (Meleis et al, 2000, p. 13).

Segundo Araújo (2015), os EEER, assumem o compromisso de inclusão da pessoa e do seu familiar cuidador nos cuidados de saúde prestados, dotando-os de conhecimentos, de estratégias e recursos capazes de promover a aprendizagem de habilidades, da adoção de comportamentos de adaptação, capacitando-os de forma a permitir a continuidade de cuidados e ainda a ocorrência de transições positivas e saudáveis. O enfermeiro especialista ao promover uma responsabilidade partilhada, de cooperação e de parceria, assegura e promove o processo de transição, conduzindo assim para a mestria nos comportamentos e na aquisição de novas competências para lidar com as novas condições.

No plano de cuidados, o EEER contempla as terapêuticas de enfermagem facilitadoras da transição, por forma a orientar a função dos processos corporais comprometidos, gerir a sintomatologia, gerir condições pessoais e externas à pessoa e família/familiar cuidador, prevenir complicações, ensinar e modificar estilos de vida, ensinar e treinar a implementação de estratégias adaptativas à nova condição, com vista a

atingir uma transição saudável. O plano de intervenção traçado para a pessoa e família/familiar cuidador terá em conta a natureza da transição, as condições para a transição, bem como padrões de resposta, o que tornará cada plano de ação único.

O referencial teórico de Afaf Meleis consubstancia um modelo conceitual para a prática de Enfermagem de Reabilitação uma vez que ajuda os profissionais a obter uma compreensão holística das crenças, visões, experiências únicas e resultados desejados da pessoa e família/familiar cuidador, de forma a alocar recursos e a implementar terapêuticas de enfermagem direcionadas às necessidades específicas de cada um dos intervenientes, bem como ajudar a identificar as barreiras e os facilitadores da transição, únicos para cada pessoa e familiar cuidador, o que por sua vez, melhora a capacidade dos enfermeiros para guiá-los efetivamente através das experiências de transição (Blum & Sherman, 2010 cit in Smith, M & Parker, M, 2015).

CONCLUSÃO

Nos últimos anos tem-se manifestado de forma mais veemente a importância de uma orientação conceitual para a prática, que no caso da Enfermagem de Reabilitação, em Portugal, tem vindo a centrar-se no referencial teórico de Afaf Meleis. Enquadradas na enfermagem especializada, as transições vivenciadas pelas pessoas devem ser percebidas pelos enfermeiros como um todo e devem influenciar as suas terapêuticas de enfermagem. A prática do EEER deverá estar sustentada nos conhecimentos científicos e nos instrumentos reguladores da profissão, mas tendo sempre em consideração os referenciais teóricos da disciplina. Neste sentido, para fundamentação da prática, o EEER deve ter conhecimento quer dos instrumentos reguladores, quer dos referenciais teóricos de enfermagem, de forma complementar, para que o exercício profissional da enfermagem seja intencional, eficaz e reconhecido.

Na prática do EEER, o referencial teórico

de Afaf Meleis ajuda o enfermeiro especialista na compreensão da pessoa e da sua família/familiar cuidador em qualquer momento do processo de transição, de modo a que este aconteça de forma consciente e saudável. O referido permite, assim, a possibilidade de serem criadas pontes e elos facilitadores entre a rotura e o novo processo de mudança, com o objetivo primordial da maximização do potencial, do conhecimento e das capacidades.

BIBLIOGRAFIA

Araújo, A. (2015). O processo de transição do cuidador informal da pessoa com AVC- contributos do enfermeiro de reabilitação. (Dissertação de Mestrado em Enfermagem de Reabilitação) Instituto Politécnico de Viana do Castelo.

Chick, N. & Meleis, A. (1986). Transitions: A nursing concern. In P.L. Chinn. (Ed.) Nursing research methodology: Issues and implantation (pp. 237-257). Rockville, MD: Aspen Publishers.

Fernandes, A. (2014). Revolução demográfica, saúde e doença. In A.M. Fonseca (Coord.), Envelhecimento, saúde e doença. Novos desafios para a prestação de cuidados a idosos (p. 7 -26). Lisboa: Coisas de Ler.

Instituto Nacional de Estatística, IP, ed., 2017. Mantém-se o agravamento do envelhecimento demográfico, em Portugal, que só tenderá a estabilizar daqui a cerca de 40 anos. Lisboa: Instituto Nacional de Estatística, IP.

Martins, T; Peixoto, M; Machado, Paulo; Araújo, M. (2016). A Pessoa Dependente & o Familiar Cuidador. Porto. Edição Enfermagem.Porto

Martins, M., Ribeiro, O., & Silva, J. V. (2018). Orientação conceituais dos enfermeiros especialistas em enfermagem de reabilitação em hospitais portugueses. Revista Portuguesa de Enfermagem de Reabilitação, 42-48.

Marques-Vieira, C., & Sousa, L. (2016). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo do ciclo de vida. Lusodidacta.

Meleis, A.; Trangestein, P. (1994). Facilitating transitions: Redefinition of the Nursing Mission. In: Meleis, A. Transition Theory: Middle Range and Situation-Specific Theories in Nursing Practice. New York: Springer Publishing Company

Meleis, A. I. (2010). Transitions theory: Middle- Range and situation specific theories in nursing and practice. New York: Springer Publishing Company, LLC.

Meleis, A. I., Sawyer, L. M., Im, E. O., Hilfinger Messias, D. K. & Schumacker, K. (2000). Experiencing transition: Na emerging middle range theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de reabilitação. Lisboa.

OMS (2002). Active Ageing: A Policy Framework. Noncommunicable Disease Prevention and Health Promotion. Ageing and Life Course. Disponível em: [Consultado em 03 de janeiro de 2019] <https://extranet.who.int/agefriendlyworld/wp-content/uploads/2014/06/WHO-Active-Ageing-Framework.pdf>

Petronilho, F. (2012). Resumo mínimo de dados de enfermagem de reabilitação: Que realidade? Que Perspectivas? Ponte de Lima. Universidade Fernando Pessoa. VII Encontro de Enfermagem.

Ribeiro, O. (2018). *Conceções e Práticas dos enfermeiros: Olhares sobre o Percorso em hospitais portugueses*. Loures. 1ª edição Lusodidata

Smith, M & Parker, M. (2015). *Nursing Theories & Nursing Practice Fourth Edition*. Capítulo 20: Transitions Theory; Afaf I. Meleis; pp-361-380

BENEFÍCIOS DA MUSICOTERAPIA NO IDOSO COM DEMÊNCIA: REVISÃO INTEGRATIVA DA LITERATURA

Cátia Duarte de Jesus Lopes⁽¹⁾, Rita André⁽²⁾, Luís Manuel Mota de Sousa⁽³⁾, Isabel Oliveira⁽⁴⁾, Teresa Silveira⁽⁵⁾



Resumo

Introdução: Assistimos atualmente a um crescente envelhecimento da população e consequente aumento de doenças crónicas. Enquanto enfermeiros de reabilitação, devemos ser detentores de conhecimentos e técnicas que permitam acompanhar estas mudanças. As terapias integrativas e a enfermagem integrativa, surgem como uma estratégia de apoio à prática dos cuidados de enfermagem. Presente na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC), a musicoterapia define-se como uma prática com múltiplos benefícios que pode ser associada a vários diagnósticos.

Objetivo: Identificar quais os benefícios da musicoterapia na pessoa idosa com demência.

Método: Revisão integrativa da literatura, com pesquisa na plataforma EBSCO que deu acesso a várias bases de dados. Foram validados os descritores na plataforma MeSH-NBCI e DeCS. Foi formulada a seguinte equação booleana: (Musicoterapia) AND (Idoso). Utilizada a estratégia PICO que contribuiu para a definição de critérios de inclusão e exclusão.

Resultados: A musicoterapia pode ter efeitos benéficos no alívio ou redução dos principais sintomas associados à demência, nomeadamente, ao nível da agitação, ansiedade e depressão. Não se verifica um padrão no que concerne à frequência, duração e metodologia das intervenções. A familiaridade da música emerge como um fator importante para a obtenção de resultados positivos.

Abstract

BENEFITS OF MUSIC THERAPY IN THE ELDERLY WITH DEMENTIA: INTEGRATING REVIEW OF LITERATURE

Introduction: We are currently witnessing a growing aging population and a consequent increase in chronic diseases. As rehabilitation nurses, we must be knowledgeable and have the skills to keep pace with these changes. Integrative therapies and integrative nursing appear as a strategy to support the practice of nursing care. Present in the Classification of Nursing Interventions (NIC), music therapy is defined as a practice with multiple benefits that can be associated with several diagnoses.

Objective: To identify the benefits of music therapy in the elderly with dementia.

Method: Integrative literature review, with research on the EBSCO platform that gave access to several databases. The descriptors on the MeSH-NBCI and DeCS platform were validated. The following Boolean equations were formulated: (Music therapy) AND (Aged). The PICO strategy was used, which contributed to the definition of inclusion and exclusion criteria.

Results: Music therapy may have beneficial effects in relieving or reducing the main symptoms associated with dementia, namely, agitation, anxiety and depression. There is no pattern as to the frequency, duration and methodology of the interventions. The familiarity of music emerges as an important factor in achieving positive results.

Conclusion: Music therapy can be integrated as an intervention directed at several diagnoses.

Keywords: Music therapy; Aged; Dementia; Nursing.

Resumen

BENEFICIOS DE LA MUSICOTERAPIA EN EL ANCIANO CON DEMENCIA: REVISIÓN INTEGRADORA DE LA LITERATURA

Introducción: Assistimos actualmente a un creciente envejecimiento de la población y consecuente aumento de enfermedades crónicas.

Como enfermeros de rehabilitación, debemos ser poseedores de conocimientos y técnicas que permitan acompañar estos cambios. Las terapias integrativas y la enfermería integradora, surgen como una estrategia de apoyo a la práctica de los cuidados de enfermería. En la Clasificación de las Intervenções de Enfermería (NIC), la musicoterapia se define como una práctica con múltiples beneficios que puede ser asociada a varios diagnósticos.

Objetivo: Identificar los beneficios de la musicoterapia en la persona anciana con demencia.

Método: Revisión integrativa de la literatura, con investigación en la plataforma EBSCO que permitió el acceso a varias bases de datos. Se han validado los descriptores en la plataforma MeSH-NBCI y DeCS. se formuló la siguiente ecuación booleana: (Musicoterapia) AND (Ancianos). Fue utilizada la estrategia PICO que contribuyó a la definición de criterios de inclusión y exclusión.

Resultados: La musicoterapia puede tener efectos benéficos en el alivio o reducción de los principales síntomas asociados a la demencia, en particular, al nivel de la agitación, ansiedad y depresión. No existe un patrón en lo que se refiere a la frecuencia, la duración y la metodología de las intervenciones. La familiaridad de la música emerge como un factor importante para la obtención de resultados positivos.

Conclusión: La musicoterapia podrá ser integrada como intervención dirigida a varios diagnósticos.

Palabras clave: Musicoterapia; Anciano; demencia; Enfermería.

Submetido em janeiro 2019. Aceite em fevereiro 2019

⁽¹⁾ Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Enfermeira no Centro Hospitalar Lisboa Norte - Hospital de Santa Maria, catiadjlopes@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-3693-6057>

⁽²⁾ Especialista em Enfermagem de Reabilitação, Enfermeira no Hospital de Vila Franca de Xira, ritandre1984@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0003-0487-5341>

⁽³⁾ Doutorado em Enfermagem, Mestre, Especialista em Enfermagem de Reabilitação no Hospital Curry Cabral, luismmsousa@gmail.com, <https://orcid.org/0000-0002-9708-5690>

⁽⁴⁾ Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, ioliveira@esscvp.eu, <https://orcid.org/0000-0003-4079-0281>

⁽⁵⁾ Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa, tsilveira@esscvp.eu, <https://orcid.org/0000-0002-1502-318X>

INTRODUÇÃO

Cientes de duas das realidades presentes atualmente no nosso país, uma delas correspondendo ao envelhecimento da população e conseqüente aumento do número de pessoas com demência e outra à crescente procura pelas terapias integrativas, decidimos incidir o nosso estudo nestes dois fenômenos.

O envelhecimento da população em Portugal é uma realidade cada vez mais presente. De acordo com o Instituto Nacional de Estatísticas (INE), no conjunto dos 28 Estados Membros da União Europeia, em Julho de 2015, Portugal exibe o 5º valor mais elevado do índice de envelhecimento. Segundo as Nações Unidas, referenciadas pelo INE, o processo de envelhecimento da população tem vindo a aumentar e deverá prosseguir ao longo das próximas décadas.¹

A Organização Mundial de Saúde (OMS) salienta que um dos efeitos negativos do envelhecimento da população é o aumento do número de pessoas com demência. Em 2011, o número estimado de pessoas com demência no mundo era de 35,6 milhões e os estudos epidemiológicos indicavam que este número deveria duplicar até 2030 e triplicar em 2050. Os sintomas da demência afetam a qualidade de vida da pessoa e dos seus cuidadores.²

Não nos abstraindo desta realidade e de acordo com o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro (REPE), Decreto – Lei nº 161/96, de 4 de Setembro - artigo 9º, os Enfermeiros têm a capacidade de decisão relativamente a técnicas e meios a serem utilizados na prestação de cuidados, de forma a potenciar e a rentabilizar os recursos existentes, desenvolvendo a confiança e a participação ativa do indivíduo, família, grupos e comunidade.³ Desta forma, devemos ser detentores de conhecimentos que nos permitam cuidar da pessoa na sua globalidade, tendo em conta as alterações a que a sociedade está sujeita.

Uma percentagem calculada em 10% a 30% dos cuidados com a saúde humana é realizada por médicos e enfermeiros treinados no modelo ocidental tradicional prevalente. Os

90% a 70% restantes estão relacionados com cuidados praticados num sistema de cuidados de saúde baseado numa medicina alternativa. Uma parte destas terapias tem na sua origem princípios culturais, étnicos, espirituais ou religiosos.⁴

Segundo a Organização Mundial de Saúde, a utilização das terapias integrativas, também denominadas de alternativas ou complementares, tem vindo a crescer na maioria dos países. O aumento da procura e a frequente desvalorização pelos serviços de saúde, levou a OMS a redigir o documento ‘Estratégia da OMS sobre Medicina Tradicional 2014 – 2023’,⁵ já com alterações a um primeiro elaborado em 2002 - 2005. Neste documento, reforçam que a população e os utilizadores dos serviços de saúde em todo o mundo, incluem as terapias integrativas na tomada de decisões relacionadas com a sua saúde.

Consideramos que identificar o pluralismo terapêutico e introduzi-lo no sistema de cuidados em saúde é um desafio atual.

Presente na Classificação das Intervenções de Enfermagem (NIC – *Nursing Interventions Classification*), com várias atividades de enfermagem relacionadas, nomeadamente para o controlo da dor, e sabendo que a música é vista como uma forma de reduzir a ansiedade e o desconforto, com propriedades de cura e terapêutica reconhecidas em toda a história,⁴ iremos incidir o nosso trabalho na musicoterapia.

A prática da musicoterapia na medicina tem vindo a evoluir desde os anos 80. São vários os domínios da saúde em que podemos constatar a sua aplicação. Nos cuidados geriátricos, os estudos revelam que exprimir-se na forma musical, pode ser um meio de expressar as interações sociais e a as experiências vividas pelos indivíduos.⁶ A música, contribui na sua totalidade para a individualização e para o aperfeiçoamento dos cuidados.

Aliando o envelhecimento da população e conseqüente aumento das demências, ao crescente desenvolvimento das terapias alternativas e nomeadamente à frequente

utilização da musicoterapia como técnica complementar, surge o nosso estudo de investigação.

OBJETIVO

Identificar quais os benefícios da musicoterapia na pessoa idosa com demência

MÉTODO

A revisão integrativa tem a sua sustentação em pesquisas significativas que suportam a tomada de decisão e a prática dos cuidados.

Como forma de dar resposta à problemática em estudo, a opção metodológica adotada foi a revisão integrativa da literatura. Esta metodologia surge como um instrumento da Prática Baseada na Evidência que permite a incorporação das evidências na prática clínica.⁷

A estrutura para esta revisão integrativa da literatura foi orientada pelas seis etapas descritas de acordo com Mendes e colaboradores.⁷

A Prática Baseada na Evidência propõe que os problemas clínicos que surgem na prática assistencial, de ensino ou pesquisa, sejam desconstruídos e organizados utilizando a estratégia PICO.⁸ Neste sentido, utilizou-se **P**- Pessoa idosa com demência; **I**- Intervenção de Musicoterapia, **(C)** – Comparação com outras alternativas terapêuticas e **O**- Benefícios/ impacto na saúde e bem-estar das pessoas. Deste modo, e com base nesta estratégia formulámos a nossa questão de investigação:

Quais os benefícios da musicoterapia na pessoa idosa com demência?

Crítérios de inclusão e exclusão

Foram estabelecidos os seguintes critérios de inclusão: População (Pessoa idosa (idade > 65 anos) com demência; Intervenção (Musicoterapia); Acesso ao estudo (Texto integral); Idioma (Português, Inglês e Espanhol), Data de publicação (2008 – 2018).

Extração e análise de dados

Posteriormente foram definidos os descritores ou palavras-chave para a estratégia de pesquisa. Os descritores em inglês foram validados através da plataforma MeSH-NBCI e os descritores em português e espanhol foram validados na plataforma DeCS, Descritores de Ciências da Saúde. Desta forma, e considerando a questão de investigação e o objeto de estudo, foram selecionados os seguintes descritores: idoso, *aged*, *anciano*, musicoterapia, *music therapy*. Após esta definição, formularam-se equações booleanas nas diferentes línguas com o termo de ligação AND. Exemplo: (musicoterapia) AND (idoso); (musicoterapia) AND (*anciano*); (*music therapy*) AND (*aged*).

A pesquisa bibliográfica foi realizada nas seguintes plataformas, Google Académico, EBSCOhost - Research Databases que permitiu aceder às seguintes bases de dados: CINAHL® Plus with Full Text ; Nursing & Allied Health Collection (tm): Comprehensive Edition; Cochrane Plus Collection, inclui: Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews (CDSR) e Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE), MedicLatina(tm) ; MEDLINE® with Full Text.

Foi avaliada a qualidade dos artigos e viabilidade dos estudos através da aplicação de grelhas pré-definidas para cada artigo consoante a sua metodologia. Para tal procedemos à utilização e aplicação de tabelas criadas pelo Joanna Briggs Institute's.⁹ Este procedimento foi realizado para cada artigo e a revisão efetuada por dois investigadores. Neste estudo, incluímos apenas os artigos que tiveram uma avaliação igual ou superior a 75% dos critérios. A grelha de Carneiro e Bugalho,¹⁰ foi utilizada para avaliar a qualidade da revisão sistemática.

Como método de extração de informação e análise dos artigos, foi utilizado um instrumento de colheita de dados em forma de tabela, que incluiu os itens considerados essenciais.

Avaliação do nível de evidência dos estudos

Para garantir a fiabilidade dos resultados e a melhor evidência possível, procedeu-se à avaliação do nível de evidência de acordo com Stetler.¹¹ Sempre que algum artigo suscitou dúvidas ou não concordância pelos dois investigadores foi submetido para decisão por um terceiro avaliador.

RESULTADOS

A pesquisa realizada decorreu entre os meses de Setembro e Outubro de 2018. A Figura 1 representa o diagrama de fluxo da seleção dos artigos.

Figura 1

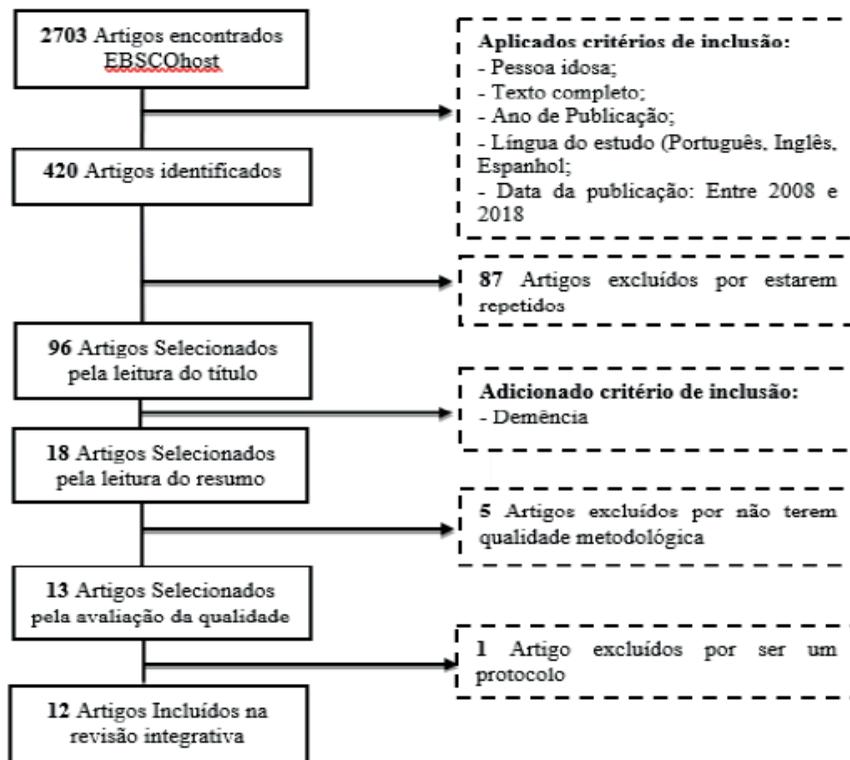


Diagrama de Fluxo representativo da pesquisa, análise e seleção dos artigos incluídos no trabalho

Características dos estudos incluídos

A Tabela 1, representa a síntese dos artigos incluídos no estudo.

Tabela 1 - Síntese dos artigos incluídos no estudo

Referência Autores Ano País	Participantes	Objetivos	Desenho do estudo Nível de Evidência	Resultados
Artigo 1 ¹² Arroyo- Anlló, et al. Espanha 2013	40 Pessoas com doença de Alzheimer. Divididas em 2 grupos: - 20 Grupo Experimental - 20 Grupo de Controlo	Avaliar o impacto que a música familiar tem na autoconsciência do doente com Alzheimer	Randomizado Controlado (RCT) Nível II	Após o programa de musicoterapia houve uma melhoria da autoconsciência no grupo experimental, ao nível da memória auto-biográfica e do humor. No grupo de controlo houve uma deterioração da autoconsciência, ao nível da anosognosia e da memória prospetiva. É recomendado programar intervenções com música familiar, de modo a permitir à pessoa expressar sentimentos e facilitar interações, levando a uma redução da agitação, depressão e inquietação.
Artigo 2 ¹³ Guetin S, et al. França 2009	30 Pessoas com doença de Alzheimer. Divididas em 2 grupos: - 15 Grupo Experimental - 15 Grupo de Controlo	Avaliar os efeitos de uma técnica de musicoterapia, na ansiedade e depressão em pessoas com Alzheimer ligeiro a moderado	Randomizado Controlado (RCT) Nível II	Relativamente à ansiedade foram observadas diferenças significativas entre os dois grupos entre o dia 0 e a semana 4, podendo ser notados efeitos da musicoterapia na ansiedade a partir da quarta semana. Os efeitos da musicoterapia nos sintomas de ansiedade persistem no tempo, permanecendo ativos após 2 meses do término das sessões (semana 24). Relativamente à depressão, houve uma redução da mesma no grupo experimental entre o dia 0 e a quarta semana, face ao grupo de controlo que apresentou um ligeiro aumento dos valores. Os resultados demonstram que os efeitos da musicoterapia na depressão também persistem após 2 meses do término da intervenção. Os autores valorizam como benéfico a utilização da música de acordo com as preferências dos participantes.
Artigo 3 ¹⁴ Hars M, et al. Suiça	134 Pessoas residentes numa comunidade, com idade superior a 65 anos (com	Avaliar se seis meses de intervenção de musicoterapia trazem benefícios nas funções cognitivas e no	Randomizado Controlado (RCT) Nível II	A aplicação de 6 meses de musicoterapia em exercícios de multitarefa melhoraram a sensibilidade à interferência, reduziram a ansiedade e demonstraram benefícios nas funções cognitivas globais. No

2013	elevado risco de queda). Dividas em 2 grupos: - 66 Grupo experimental - 68 Grupo de controlo	humor			grupo de intervenção houve um aumento dos scores na escala MMSE (<i>mini-mental state examination</i>), entre a avaliação inicial e final.
Artigo 4 ¹⁵ Hsu MH, et al. Reino Unido 2015	27 Participantes (17 pessoas com demência residentes em lar, e 10 cuidadores) A população foi dividida em dois grupos: - Grupo experimental (9 residentes e 7 cuidadores) - Grupo de controlo (8 residentes e 3 cuidadores).	- Elucidar acerca das componentes interativas da musicoterapia individual. - Explorar de que forma a musicoterapia se relaciona com o contexto de cuidados	Randomizado Controlado (RCT)	Nível II	Ao longo de 5 meses, os sintomas de demência aumentaram no grupo de controlo e diminuíram no grupo experimental. O bem-estar dos residentes aumentou no grupo da musicoterapia, e diminuiu no grupo de controlo. No entanto, houve uma diminuição no bem-estar em ambos os grupos entre o mês 5 e o mês 7, onde não houve intervenção. Os cuidadores observaram de que forma podiam controlar sintomas e ativar determinadas funções cognitivas. Este estudo realça a importância do papel do musicoterapeuta enquanto educador, de forma a providenciar conhecimento e ferramentas clinicamente relevantes para os cuidadores.
Artigo 5 ¹⁶ Im ML, et al. Coreia do Sul 2014	94 Pessoas com mais de 60 anos residentes em zonas metropolitanas - 65 pessoas participaram na vertente da arte terapia - 29 pessoas participaram no programa de musicoterapia.	Procurar formas de prevenir a depressão e o comprometimento cognitivo através da análise do grau de melhoria após terapia com música e arte	Randomizado Controlado (RCT)	Nível III	O estudo confirmou que a arte terapia é um método eficaz para a redução da depressão. A musicoterapia demonstra ser capaz de levar a alterações comportamentais, permitindo a expressão de sentimentos reprimidos. Conclui-se que a arte terapia e a musicoterapia têm efeitos positivos ao nível da depressão, mas não revelam efeitos ao nível das funções cognitivas.
Artigo 6 ¹⁷ Johnson L, et al. Estados Unidos 2012	12 Pessoas idosas com demência a frequentar um centro de dia. Foram distribuídos por dois grupos de forma randomizada.	Examinar o efeito da musicoterapia na participação de idosos com demência num programa de exercício físico	Estudo Descritivo	Nível III	A utilização de musicoterapia melhora os níveis de participação da pessoa idosa com demência no exercício físico em contexto de centro de dia. O uso de música apropriada com uma batida bem definida, e um ritmo moderado a acelerado contribuem para um aumento da participação. Uma maior participação da pessoa idosa num plano de exercício físico promove o aumento da força muscular, previne o risco de quedas e

					melhora a qualidade de vida.
Artigo 7 ¹⁸ Kirkland K, et al. Canadá 2014	9 Pessoas adultas/ idosas com demência moderada a avançada, residentes numa unidade de cuidados prolongados.	Analisar os resultados de uma combinação de musicoterapia e cuidado espiritual em pessoas com demência	Estudo Qualitativo	Nível VI	De forma a aumentar o envolvimento dos participantes nas atividades, é importante que haja uma maior variedade das mesmas de forma a aumentar os níveis de envolvimento, e humor (ME-mood and engagement), com impacto no bem-estar dos participantes. É realçado como positivo o valor espiritual da música. Relativamente à aplicação da musicoterapia há a destacar como fatores que influenciaram positivamente: a associação da música, ritmos e letras ao tema de cada sessão; o facto de o musicoterapeuta estabelecer contacto visual enquanto cantava e tocava.
Artigo 8 ¹⁹ Palisson J, et al. França 2015	27 Participantes - Grupo experimental (12 pessoas com diagnóstico de doença de Alzheimer) - Grupo controlo (15 pessoas saudáveis com idade e níveis educacionais semelhantes ao grupo experimental)	Investigar a capacidade de apreensão e recuperação imediata de textos apresentados com associação musical versus textos apresentados sem música	Randomizado Controlado (RCT)	Nível III	Os textos cantados e acompanhados de música facilitaram a aprendizagem verbal e retenção da informação nas pessoas com Alzheimer. Os autores destacam também como fator facilitador, o facto de o acompanhamento musical do texto ter sido com uma música familiar, o que pode ter ajudado a aprendizagem e retenção da informação. Este estudo demonstra benefícios na memória a curto-prazo. O ritmo pode contribuir para ajudar a memorizar textos.. Este estudo demonstra uma superioridade da música enquanto ferramenta mnemónica, quando comparada com outras (ex: vídeo) tanto em pessoas com Alzheimer como em pessoas saudáveis.
Artigo 9 ²⁰ Ridder HM, et al. Dinamarca e Noruega 2013	42 pessoas residentes em lares com o diagnóstico de demência moderada a severa e com sintomas de agitação. Divididas em dois grupos de 21 pessoas cada.	- Examinar o efeito da aplicação de musicoterapia individual na agitação em pessoas com demência moderada a severa - Explorar os efeitos da musicoterapia na medicação psicotrópica e na qualidade de vida	Randomizado Controlado (RCT)	Nível II	A frequência da agitação diminuiu após as semanas com intervenção de musicoterapia e aumentou ligeiramente nas semanas de tratamento habitual. A análise da agitação disruptiva também foi maior nas semanas onde não havia intervenção de musicoterapia e menor quando havia. Na avaliação da qualidade de vida, constatou-se uma diminuição durante as semanas de tratamento habitual e um

					aumento nas semanas de musicoterapia. Contudo, os valores não tiveram significância estatística. Relativamente à prescrição de psicotrópicos, em 7 participantes (17%) foi registado um aumento da prescrição no período de tratamento habitual. Não houve aumentos registados no período da musicoterapia.
Artigo 10 ²¹ Solé C, et al. Espanha 2014	16 Pessoas idosas residentes em lar com o diagnóstico de demência em diferentes graus. A população foi dividida em 3 grupos: - Grupo 1 (n=9) - Grupo 2 (n=5) - Grupo 3 (n=2) Esta divisão foi realizada com base na escala GDS (<i>global deterioration scale</i>). O grupo 1 tinha um GDS 3-4 (demência ligeira). O grupo 2 tinha um GDS 5 (demência moderada). O grupo 3 tinha um GDS 6-7 (demência severa).	Avaliar o efeito potencial de um programa de musicoterapia em grupo na qualidade de vida de pessoas idosas com demência ligeira, moderada e severa residentes em lar	Randomizado Controlado (RCT) Nível III		Relativamente à qualidade de vida, foram observadas mudanças positivas em relação à sub-escala do bem-estar emocional ao longo de toda a intervenção, em especial no subgrupo que incluía participantes na fase de demência ligeira e moderada. Concomitantemente, verificou-se que os níveis de participação permaneceram elevados em todos os participantes, independentemente da fase de doença. Em particular nas atividades de improvisação e de tocar instrumentos. Quanto à sub-escala de relações interpessoais, embora a interação social fosse encorajada neste programa de musicoterapia os resultados mostram uma diminuição dos valores ao longo do tempo.
Artigo 11 ²² Wall M, et al. Irlanda 2009	Pessoas idosas com demência	Explorar de que forma a musicoterapia influencia o comportamento em pessoas idosas com demência	Revisão Sistemática Nível V		Desta análise resultaram 3 temas predominantes: efeitos da música na agitação, a musicoterapia e o seu papel nos cuidadores, e os efeitos positivos da música no humor e na socialização. A musicoterapia tem efeitos a curto-prazo, sendo benéfica nos comportamentos das pessoas idosas com demência quando é ao vivo e individualizada. A música reduz os níveis de agitação, incluindo a agressividade verbal. Os cuidadores, sejam eles

					profissionais, ou familiares, se forem treinados, podem providenciar musicoterapia. A musicoterapia tem um papel importante na prática clínica da enfermagem gerontológica, uma vez que os idosos com demência têm maior dificuldade em perceber a linguagem verbal, mas mantêm-se receptivos à música.
Artigo 12²³ Wang SC, et al. Taiwan 2015	149 Pessoas idosas residentes em unidades de cuidados prolongados. Os participantes foram divididos em dois grupos: - Grupo experimental (n= 90) - Grupo de controlo (n= 59). Os participantes residiam em 5 unidades diferentes.	Examinar o efeito da musicoterapia nas funções cognitivas, depressão e problemas comportamentais entre a população idosa com demência em unidades de cuidados prolongados	Randomizado Controlado (RCT) Nível II		A musicoterapia em conjunto com os cuidados habituais ajuda a pessoa idosa a manter as funções cognitivas e a controlar os níveis de depressão e ansiedade. O presente estudo destaca que há uma associação entre a escala MMSE, a depressão, os problemas de comportamento e a ansiedade em pessoas idosas com demência.

DISCUSSÃO

A utilização da musicoterapia e seus benefícios tem sido alvo de estudo nos últimos anos numa multiplicidade de áreas.

Com base nos estudos selecionados, os resultados obtidos foram divididos por categorias. Numa primeira fase foi descrita e caracterizada a musicoterapia enquanto intervenção. Posteriormente, foram abordados os seus principais benefícios, limitações do estudo e contributos para a prática de enfermagem.

Caraterização da Intervenção Musicoterapia

A utilização da musicoterapia enquanto intervenção foi variada nos estudos analisados. Dos doze artigos selecionados, em cinco a musicoterapia foi aplicada de forma individual^{12,13,15,19,20} e em seis foi realizada em grupo.^{14,16,17,18,21,23}

Relativamente ao número de sessões, este foi bastante heterogéneo, tendo variado entre apenas uma sessão¹⁹ e um máximo de 48.²³ A duração temporal de cada sessão oscilou entre um mínimo de 4 minutos,¹² até um máximo de 60 minutos,^{14,16,18,21} sendo que a intervenção mais comum se situa entre os 30 e os 60 minutos. Em relação à frequência das sessões de musicoterapia, a maioria dos estudos

adotou uma frequência semanal.^{13,14,15,16,17,18,21} Dois estudos aplicaram duas sessões por semana,^{20,23} e apenas um estudo aplicou três sessões por semana.¹² É de salientar que o estudo que efetuou sessões com maior periodicidade, foi também aquele onde a duração das sessões foi mais curta.¹²

Um outro parâmetro a ter em consideração na intervenção de musicoterapia é a escolha do tipo de música. Em cinco estudos foram utilizadas músicas familiares para as pessoas submetidas a esta intervenção,^{12,13,15,19,20,21} é de notar que em quatro deles as sessões foram individuais e em apenas um estudo foram em grupo. Este fator da familiaridade é realçado em vários estudos como sendo fundamental e diferencial na obtenção de resultados mais positivos, promovendo uma maior participação das pessoas e permitindo uma evocação da memória autobiográfica.^{12,21} No entanto, apesar da familiaridade ter sido considerada relevante, só em três dos estudos é que houve de facto uma avaliação das preferências musicais da pessoa ou foi utilizada a família enquanto recurso para questionar os gostos musicais.^{12,13,21} Num dos estudos o critério utilizado para a escolha das músicas foi a faixa etária da população.¹⁷ Nos restantes não há descrição acerca do processo de escolha do tipo de música.^{14,16,17,18}

A musicoterapia também se pode dividir quanto à sua forma de utilização em duas técnicas diferentes, a musicoterapia ativa e a musicoterapia recetiva ou passiva, consoante o grau de participação da pessoa submetida à intervenção.^{12,13} Em dois estudos houve a preocupação em controlar fatores externos que pudessem interferir com os efeitos da música, nomeadamente eliminar a presença de pessoas, televisão, rádio,¹² ou utilizar uma máscara para reduzir os estímulos visuais.¹³

A musicoterapia ativa é aquela que envolve a participação da pessoa nas sessões.

Foi identificada uma grande diversidade de técnicas. Estas técnicas foram selecionadas pelo musicoterapeuta/investigador, e variaram consoante o objetivo/efeito pretendido, e/

ou estado emocional da pessoa submetida à intervenção. Em três estudos há referência à utilização de música mais acelerada, agitada ou ritmada^{14,17,23} como forma de encorajar ou aumentar a participação na realização de determinadas tarefas, ou exercício físico. Um destes estudos refere ainda que, como forma de prevenir comportamentos maníacos, utilizavam música calma para promover o relaxamento nos cinco minutos finais de cada sessão.²³

A participação do musicoterapeuta/profissional pode influenciar o comportamento da pessoa idosa em associação com a musicoterapia. Um dos estudos refere que o terapeuta alterava/adequava o seu tom de voz consoante o comportamento da pessoa de forma a estimular ou a acalmar, e utilizava a expressão facial e a linguagem corporal de forma a estimular a linguagem não verbal.¹⁵ Um outro estudo salienta o contato visual do terapeuta com os participantes durante as sessões.¹⁸ O reforço ou *feedback* positivo individual no final de cada intervenção também foi mencionado em um dos estudos.²³

Dos doze estudos incluídos nesta revisão, dez incidiram exclusivamente na população idosa com demência^{12,13,15,17,18,19,20,21,22,23}. Nos dois estudos restantes, nem todos os participantes apresentavam esta condição, um dos estudos abordou a população idosa com risco de queda¹⁴ e outro a população idosa numa zona metropolitana.¹⁶

Benefícios da Musicoterapia no Idoso com Demência

Os estudos incluídos sugerem que a musicoterapia pode ter efeitos benéficos no alívio ou redução dos principais sintomas associados à demência, nomeadamente, ao nível da agitação, ansiedade e depressão.

O primeiro estudo analisado comparou a utilização de auscultação de música familiar *versus* música não familiar em pessoas idosas com doença de Alzheimer. Como principais resultados, e após a aplicação de testes cognitivos e de questionários de

autoconsciência, determinaram que houve uma melhoria da memória autobiográfica e do humor no grupo experimental. Por este motivo, os autores recomendam a utilização de musicoterapia com música familiar como forma de facilitar a expressão de sentimentos e interações, o que conseqüentemente leva a uma redução da agitação, ansiedade e depressão.¹²

Os dois primeiros estudos analisados, aplicaram uma intervenção de musicoterapia individualizada e passiva, que consistiu em audição de música. Ambos os estudos referem que este tipo de intervenção permite a estimulação cognitiva e melhora a memória autobiográfica. Consideram ainda que a utilização desta intervenção pode ser aplicada num cuidado multidisciplinar e na prática clínica em pessoas com doença de Alzheimer por ter os benefícios referidos e ser de fácil aplicação.^{12,13} A utilização de música familiar demonstra ter resultados positivos, os estudos que utilizaram este tipo de critério apresentaram melhorias ao nível da depressão, ansiedade, humor e bem-estar.^{12,13,15,21}

Nem todos os estudos analisados se focaram exclusivamente na pessoa idosa com demência, um dos estudos abordou a população idosa com elevado risco de queda numa comunidade, com o objetivo de avaliar se a musicoterapia associada a exercícios de multitarefa trazia benefícios nas funções cognitivas. Concluiu-se que o exercício físico traz benefícios nas funções executivas e nas intervenções cognitivo-motoras.¹⁴

Um outro estudo procurou examinar os efeitos da musicoterapia na participação de idosos com demência num programa de exercício físico. Os autores concluem que o aumento da participação neste tipo de programas, pode aumentar a força muscular, reduzir o risco de quedas e melhorar a qualidade de vida.¹⁷

Abordando uma componente preventiva, um dos estudos determinou que a musicoterapia e a arte terapia têm efeitos positivos ao nível da depressão e que a música demonstra ser

capaz de levar a alterações comportamentais, permitindo a expressão de sentimentos reprimidos.¹⁶

Um estudo realizado no Canadá procurou relacionar e integrar a utilização de musicoterapia com a espiritualidade. Sugerem que para haver um aumento do envolvimento e participação das pessoas, é necessário aumentar a variedade de atividades, em particular as que promovam uma maior autoexpressão.¹⁸

Outra vertente estudada, incidiu na influência da musicoterapia na dosagem da medicação psicotrópica. Os autores constataram que seis semanas de musicoterapia, em comparação com os cuidados habituais, reduziram significativamente o grau de agitação em pessoas com demência. Verificaram diferenças relevantes ao nível da medicação psicotrópica, havendo uma necessidade significativamente maior de medicação durante os cuidados habituais do que durante a musicoterapia.²⁰

Dentro da temática da demência e em particular da doença de Alzheimer, um estudo pretendeu investigar os efeitos da música na memória. Como principal resultado há a destacar que os textos cantados e acompanhados por música facilitaram a aprendizagem verbal e retenção da informação na pessoa com doença de Alzheimer, em comparação com os outros textos. Desta forma, demonstrou benefícios na memória a curto-prazo e validou a importância da música enquanto ferramenta mnemónica. Como elemento facilitador, os autores destacaram o fator da familiaridade da música utilizada. O grupo de controlo (pessoas saudáveis) obteve melhores resultados no texto com associação musical, o que leva os autores a questionarem a importância da música como potencial elemento preventivo do declínio da memória.¹⁹

De todos os estudos selecionados, apenas dois deles fazem referência ao papel dos cuidadores das pessoas com demência.^{15,22} Numa revisão sistemática da literatura analisada, um dos temas que emergiu foi o fato de que os cuidadores, quer fossem profissionais

de saúde ou familiares, mesmo não sendo musicoterapeutas treinados pudessem utilizar a musicoterapia com resultados benéficos.²²

Nenhum estudo revelou efeitos potencialmente negativos, ou que a intervenção de musicoterapia tivesse provocado algum agravamento dos sinais e sintomas de demência.

Limitações dos estudos

Um aspeto importante e limitador é o facto de existirem múltiplas diferenças metodológicas nos estudos incluídos. A forma como foram avaliados os efeitos da musicoterapia na pessoa idosa com demência foi variada, o que dificultou a comparação e associação de resultados. Os estudos analisados nesta revisão diferiram entre si em vários parâmetros.

A variação do nível de evidência dos estudos é uma das limitações a referir, estudos com maior evidência poderiam trazer resultados mais sólidos.

Dos estudos analisados nenhum foi realizado por enfermeiros, nem faz referência ao papel que a musicoterapia pode ter enquanto intervenção de enfermagem.

Implicações para a prática de Enfermagem

Consideramos que são necessários mais estudos acerca desta temática, de forma a entender e explicar de que modo, e sob que condições a musicoterapia poderá ser aplicada nos diferentes contextos. Deste modo, poderão ser elaboradas *guidelines* que orientem a utilização da musicoterapia.

Apesar da familiaridade da música apresentar resultados positivos, não existe nenhum protocolo estabelecido acerca de como realizar a recolha dessas informações. Alguns estudos referem-se à familiaridade das músicas como sendo músicas amplamente conhecidas por todos, outros descrevem que adequaram à faixa etária, outros ainda que aplicaram questionários à pessoa ou à família.

Como referido anteriormente e dados os benefícios identificados, torna-se fundamental

a existência de estudos que integrem a musicoterapia nos cuidados de enfermagem.

Os principais resultados desta revisão integrativa, em particular na caracterização da musicoterapia enquanto intervenção vêm corroborar as atividades descritas enquanto intervenção de enfermagem na NIC (Classificação das intervenções de Enfermagem),²⁴ salientando a importância da adequação da música ao estado emocional da pessoa, ao efeito pretendido da ação e dando ênfase às preferências musicais da pessoa.

No âmbito desta revisão surge a importância da música na participação da pessoa em atividades ou tarefas físicas e no exercício físico. Considera-se que a musicoterapia associada à reabilitação motora pode contribuir para minimizar o declínio mental e físico neste tipo de diagnóstico.²⁵ Na pessoa com demência a comunicação e a expressão individual fica fragilizada por afetação ao nível da fala e da memória, o que dificulta a comunicação com os outros. A música aumenta a responsividade que existe na pessoa com demência e, conseqüentemente, a possibilidade desta se mobilizar internamente e se sentir conectada, aumentando deste modo a sua qualidade de vida.²⁶

A musicoterapia pode desempenhar uma função compensatória no processo de reabilitação, podendo identificar habilidades ou funções preservadas dos idosos com demência e, com isso, desenvolver novas habilidades que possam compensar o défice.²⁷

A prática de exercícios funcionais/reabilitação requerem a colaboração e motivação da pessoa, e se esta se encontrar agitada, deprimida, ou com agnosia, torna-se mais difícil envolvê-la nos cuidados. Neste sentido, consideramos útil a integração da musicoterapia na prática de Enfermagem de Reabilitação como forma de comunicar com a pessoa e trazê-la para a realidade e para o presente. O enfermeiro Especialista em Enfermagem de Reabilitação pretende reduzir ou diminuir o impacto dos sintomas da demência na pessoa e sua família melhorando

o prognóstico, para tal, deverá utilizar intervenções não farmacológicas como parte integrante do tratamento.²⁸

CONCLUSÃO

Associada a diversos diagnósticos de enfermagem, a musicoterapia apresenta-se como uma prática eficaz para o controlo de diversas alterações fisiológicas, psicológicas e sociais presentes nos indivíduos. Os resultados alcançados nesta revisão integrativa da literatura, sugerem que a musicoterapia pode ter efeitos benéficos no alívio ou redução dos principais sintomas associados à demência, nomeadamente, ao nível da agitação, ansiedade e depressão, assim como na redução da medicação psicotrópica, na melhoria das funções cognitivas, no aumento da força muscular, na redução do risco de quedas, no bem-estar e na melhoria da qualidade de vida. Poderá ainda ser incluída na prática da Enfermagem de Reabilitação com vista à obtenção/melhoria precoce dos resultados pretendidos.

Para além da musicoterapia na pessoa com demência apresentar múltiplos benefícios comprovados, não se conhecem efeitos secundários nefastos. A sua aplicação é de custos reduzidos, não havendo necessidade de um grande número de recursos materiais, humanos e financeiros o que facilita a utilização e aplicabilidade nas instituições de saúde, com poucos riscos para o profissional e para a pessoa envolvida.

Pretendemos com este trabalho aprofundar conhecimentos nesta área de estudo, contribuindo para a identificação dos atuais contributos da musicoterapia na saúde da população idosa com demência.

Esta revisão integrativa da literatura apresenta várias limitações, entre as quais, destacamos a utilização de reduzido número de bases de dados pela sua acessibilidade, o número reduzido de estudos que estabeleçam relação da problemática em estudo com a profissão de enfermagem e o facto de apenas terem sido incluídos na pesquisa estudos com

texto integral, em Português, Inglês e Espanhol, pelo que, outros potencialmente relevantes podem ter sido excluídos. Consideramos que o tema em estudo carece de um maior investimento para que haja um maior número de publicações científicas direcionadas para a disciplina de enfermagem.

Sugerimos como temáticas para futuros trabalhos de investigação, o estudo de outras terapias integrativas e da musicoterapia não apenas no idoso, mas também noutras populações.

REFERÊNCIAS

1. INE. Estimativas Anuais da População Residente e Eurostat. [Internet] 2015. Disponível em: https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=224679354&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt
2. World Health Organization. Dementia: a public health priority. World Health Organization; 2012.
3. Ordem dos Enfermeiros. Regulamento do exercício profissional dos enfermeiros. [Internet] 1996. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoEnfermagem/REPE.pdf>
4. Craig SM, Valentine WA. Práticas Integradas de Saúde: Terapias Complementares e Alternativas. In: Alexander EL, Rothrock JC. Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico. 13ª Edição. Loures: Lusodidacta; 2008; p.1198 – 1216.
5. World Health Organization. WHO Traditional Medicine Strategy 2014–2023. Geneva: World Health Organization; [Internet] 2013. Disponível em http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/92455/9789241506090_eng.

pdf?sequence=1

6. de Camargo D, Bulgacov YL, Cunha R. Interjogo de imaginação e emoção: estudo de um processo musicoterapêutico. *Interação em Psicologia*. 2003;7(1): 45-53.

7. Dal Sasso Mendes K, Campos Pereira Silveira RC, Galvão CM. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & contexto enferm*. 2008;17(4):758-64.

8. da Costa Santos CM, de Mattos Pimenta CA, Nobre MR. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. *Rev Lat Am Enfermagem*. 2007 Jun 1;15(3):508-11.

9. Joanna Briggs Institute. JBI User Manual: System for the Unified Management. Assessment and Review of Information. Version 2.5. 2011.

10. Bugalho A, Carneiro AV. Intervenções para aumentar a adesão terapêutica em patologias crônicas. Lisboa: Centro de Estudos de Medicina Baseada na Evidência. 2004 Jun.

11. Sousa LMM, Marques-Vieira CMA, Severino SSP, Antunes AV. A Metodologia de Revisão Integrativa da Literatura em Enfermagem. *Rev Inv Enferm*. 2017; Ser. II(21):17-26.

12. Arroyo-Anlló EM, Díaz JP, Gil R. Familiar music as an enhancer of self-consciousness in patients with Alzheimer's disease. *BioMed research international*. 2013;2013

13. Guetin S, Portet F, Picot MC, Pommié C, Messaoudi M, Djabelkir L, Olsen AL, Cano MM, Lecourt E, Touchon J. Effect of music therapy on anxiety and depression in patients with Alzheimer's type dementia: randomised, controlled study. *Dementia and geriatric*

cognitive disorders. 2009;28(1):36-46.

14. Hars M, Herrmann FR, Gold G, Rizzoli R, Trombetti A. Effect of music-based multitask training on cognition and mood in older adults. *Age and ageing*. 2013 Nov 7;43(2):196-200.

15. Hsu MH, Flowerdew R, Parker M, Fachner J, Odell-Miller H. Individual music therapy for managing neuropsychiatric symptoms for people with dementia and their carers: a cluster randomised controlled feasibility study. *BMC geriatrics*. 2015 Dec;15(1):84.

16. Im ML, Lee JI. Effects of art and music therapy on depression and cognitive function of the elderly. *Technology and Health Care*. 2014 Jan 1;22(3):453-8.

17. Johnson L, Deatrick EJ, Oriel K. The use of music to improve exercise participation in people with dementia: a pilot study. *Physical & Occupational Therapy in Geriatrics*. 2012 May 18;30(2):102-8.

18. Kirkland K, Fortuna MC, Kelson E, Phinney A. Music Therapy and Spiritual Care for Persons with Dementia: A Mixed-Methods Study. *Canadian Journal of Music Therapy*. 2014 Jan 1;20(1).

19. Palisson J, Roussel-Baclet C, Maillet D, Belin C, Ankri J, Narme P. Music enhances verbal episodic memory in Alzheimer's disease. *Journal of clinical and experimental neuropsychology*. 2015 May 28;37(5):503-17.

20. Ridder HM, Stige B, Qvale LG, Gold C. Individual music therapy for agitation in dementia: an exploratory randomized controlled trial. *Aging & mental health*. 2013 Aug 1;17(6):667-78.

21. Solé C, Mercadal-Brotons M, Galati A, De Castro M. Effects of group music therapy

on quality of life, affect, and participation in people with varying levels of dementia. *Journal of music therapy*. 2014 Mar 1;51(1):103-25.

22. Wall M, Duffy A. The effects of music therapy for older people with dementia. *British journal of nursing*. 2010 Jan 27;19(2):108-13.

23. Wang SC, Yu CL, Chang SH. Effect of music care on depression and behavioral problems in elderly people with dementia in Taiwan: a quasi-experimental, longitudinal study. *Aging & mental health*. 2017 Feb 1;21(2):156-62.

24. Johnson M, Bulecheck G, Butcher H, et al. *Ligações NANDA, NOC e NIC: Diagnósticos, Resultados e Intervenções de Enfermagem*. 2ª Edição. Porto Alegre: Artmed; 2009

25. Henriques CMAD, Ávila RFA. A Pessoa com Demência: Uma Perspetiva da Reabilitação. In: Marques-Vieira C, Sousa L. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*. 1ª Edição. Loures: Lusodidacta; 2017; p. 587-604.

26. Alzheimer Portugal. Associação Portuguesa de familiares e amigos dos doentes de Alzheimer: Musicoterapia uma perspectiva diferente [Internet] 2017. Disponível em: http://alzheimerportugal.org/pt/news_text-77-1-731-musicoterapia-uma-perspectiva-diferente

27. Silva MM. Neuromusicoterapia no Brasil: aspectos terapêuticos na reabilitação neurológica. *Revista Brasileira de Musicoterapia* Ano XIV n. 2012 Dec:18-26

28. Silva S. Cuidados de Enfermagem à Pessoa com Doença Neurológica Degenerativa. In: Marques-Vieira C, Sousa L. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à pessoa ao longo da vida*. 1ª Edição. Loures: Lusodidacta; 2017; p. 475-86.

NORMAS DE PUBLICAÇÃO

A *Revista Investigação em Enfermagem (RIE)* publica artigos sobre teoria de investigação, sínteses de investigação e cartas ao director, desde que originais, estejam de acordo com as presentes normas de publicação e cuja pertinência e rigor científico sejam reconhecidas pelo Conselho Científico.

A *RIE* publica também editoriais, notícias e informação geral sobre investigação.

De acordo com o Estatuto Editorial, os domínio dos saberes espelhados na *RIE* situam-se no domínio da enfermagem enquanto disciplina científica e prática profissional organizada.

1 - TIPOS DE ARTIGOS

1.1 - Cartas ao director:

Publicam-se nesta secção comentários, observações científicas ou críticas sobre artigos e temas surgidos na revista, assim como dúvidas ou experiências que podem ser resumidas. Quando justificar, a direcção da *RIE* envia aos autores visados as cartas para direito de resposta. *Extensão máxima recomendada 3 páginas.*

1.2 - Artigos sobre teoria de investigação:

Artigos sobre teoria, métodos e técnicas de investigação numa construção de saberes original, revisão ou mistos. Estes artigos resultam da reflexão fundamentada sobre temas de investigação, desenvolvidos coerentemente de forma a obter conclusões válidas, podendo resultar da análise crítica da bibliografia relacionada com o tema em questão.

Devem estruturar-se da seguinte forma:

Resumo: Até 150-200 palavras, que contará com breve informação sobre o problema analisado, discutido ou revisto e se for caso o material e métodos utilizados e conclusões.

Palavras Chave: até um máximo de seis palavras que espelhem os conteúdos desenvolvidos.

Introdução: Deve ser breve, focando o tema e os objectivos do trabalho.

Desenvolvimento da temática

Conclusão: Breve e sucinta, focando os elementos fortes do desenvolvimento que constituam novidade científica ou uma nova visão sobre problemáticas já existentes.

Bibliografia: Seguindo a Norma Portuguesa - NP 405-1 (1994), ou outra norma aceite na comunidade científica.

Extensão máxima recomendada 15 páginas.

1.3 - Artigos síntese de trabalhos de investigação:

Artigos que se constituam em sínteses de investigação e que se estruturam da seguinte forma:

Resumo; Palavras Chave; Introdução (com as características atrás enunciadas)

Fundamentação: Breve revisão e localização da problemática.

Material e métodos: Descrevendo-se com detalhe os métodos e as técnicas de investigação de forma a que possam ser avaliados e repetidos por outros investigadores.

Resultados: Os resultados devem ser concisos e claros e incluir o mínimo necessário de tabelas e quadros. Apresentam-se de forma a que não exista duplicação e repetição de dados no texto e nas figuras.

Discussão: Comentará os resultados alcançados confrontando-os com a revisão bibliográfica efectuada e relacionando-os com resultados de trabalhos prévios do próprio ou de outros autores.

Conclusão: Breve e sucinta focando os elementos fortes resultantes da investigação e que constituem novidade científica ou um novo equacionar de dados já existentes.

Agradecimentos: Se considerar necessário, nomeia-se pessoas e entidades.

Bibliografia

Extensão máxima recomendada 20 páginas.

2 - RESPONSABILIDADES ÉTICAS

As investigações realizadas em instituições carecem de autorização prévia das administrações. Quando se descrevem experiências realizadas em seres humanos deve-se indicar se os procedimentos estão de acordo com as normas da comissão de ética. Não se devem utilizar nomes, iniciais ou números hospitalares.

Deve ser clara a permissão de publicação por entidades/instituições que financiaram a investigação.

A revista não aceita material já publicado. Os autores são responsáveis por obter as necessárias autorizações para a reprodução parcial ou total de material (texto, quadros e figuras) de outras publicações. Estas autorizações devem pedir-se tanto ao autor como à editora.

Na lista de autores devem figurar unicamente as pessoas que contribuíram intelectualmente para o desenvolvimento do trabalho. De forma geral para figurar como autor deve-se cumprir os seguintes requisitos:

- 1 - Ter participado na concepção e realização do trabalho do qual resultou o artigo em questão.
- 2 - Ter participado na redacção do texto e nas eventuais revisões do mesmo.
- 3 - Estar de acordo com a versão que finalmente vai ser publicada.

A **RIE** declina qualquer responsabilidade sobre possíveis conflitos decorrentes da autoria dos trabalhos que se publicam.

Os autores devem mencionar na sessão de métodos se os procedimentos utilizados nos utentes e grupos de controlo se realizaram com o consentimento informado.

Os autores (todos os que constarem na autoria do artigo) devem juntamente com o envio dos originais enviar uma folha onde declarem ceder graciosamente os direitos de publicação do artigo. Daí decorre que um artigo enviado para a **RIE** até rejeição da sua publicação não pode ser enviado para outro periódico.

3 - COMO ENVIAR ARTIGOS PARA PUBLICAÇÃO

Os artigos e cartas devem de preferência ser enviados **via on-line** através do site da RIE: <http://www.sinaisvitais.pt/index.php/revista-investigacao-enfermagem>

Podem também ser serão endereçados ao director da **RIE**, *Parque Empresarial de Eiras, lote 19 - 3020-265 Coimbra, ou Apartado 8026, 3021-901 PEDRULHA.*

Neste caso, deve enviar um original em suporte papel dactilografado em espaço duplo, letra 12, papel formato A4, com o tamanho máximo recomendado conforme atrás descrito para cada tipo.

Deve enviar CD com o texto, de preferência em Word, construído de forma simples sem utilização de cor.

Deve acompanhar carta com título do trabalho, nome dos autores, morada e forma de contacto, categoria profissional, título académico, local de trabalho.

Deve acompanhar declaração, manuscrita ou dactilografada em como cedem à **RIE** os direitos de publicação do artigo (identificar título), datado e assinado por todos os autores.

Imagens, figuras e fotografias a inserir, devem ser enviados os originais de forma ordenada e em função da sua introdução sequencial no texto (formato JPEG ou TIFF, com boa resolução).

Tabelas, quadros e gráficos devem ser incluídos(as) por ordem de inclusão no texto. **Os autores devem ter em atenção à sua forma gráfica, à clareza de apresentação dos dados e resultados e ao formato dos símbolos da linguagem estatística.**

A taxa de submissão de artigo é de 10€.

4 - PROCEDIMENTOS DA RIE

A **RIE** acusa a recepção do artigo em carta enviada ao 1º autor. A **RIE** assim que proceder à aceitação do artigo comunica ao 1º autor a data provável de publicação.

Após publicação será(ão) enviada(s) ao(s) autor(es) senha(s) de acesso à **RIE** em formato PDF.

Os juízos e opiniões expressos nos artigos e cartas ao director são dos autores e não necessariamente do Conselho Editorial e da Formasau, Formação e Saúde Lda, editora da **RIE**, entidades que declinam qualquer responsabilidade sobre o referido material.

Terão prioridade na publicação os artigos provenientes de autores assinantes da **RIE**, da Revista Sinais Vitais.

A aceitação do artigo para publicação, implica o pagamento de taxa de publicação com um custo de 10€.

5 - REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Utilizam-se normas aceites pela comunidade científica nomeadamente a Norma Portuguesa, NP 405-1 (1994), alguns exemplos:

Monografias;

LAKATOS, Eva Maria; MARCONI, Marina de Andrade – **Metodologia do trabalho científico**. 4ª ed. São Paulo: Atlas, 1992. ISBN 85-224-0859-9 (Com mais de dois autores utilizar *et al.*)

Artigos de publicações periódicas;

WEBB, Patt – **A sociedade europeia de enfermagem oncológica: passado, presente e futuro**. *Enfermagem Oncológica*. Porto. ISSN 0873-5689. Ano 1, Nº1 (1997), p.11-18.

NOTA FINAL: Todos os artigos devem ter título, resumo e palavras-chaves em língua portuguesa, inglesa e espanhola.