

# JIM

Jornal de Investigação Médica

**2022**

**VOLUME 3 | NÚMERO 2**

SEMESTRAL

ISSN (ONLINE): **2184-7509**



# JIM - JORNAL DE INVESTIGAÇÃO MÉDICA



## ***Ficha técnica***

Sede Social, Editor e Redação:

Startup Madeira - Campus da Penteada

9020 - 105 Funchal, Madeira

E-mail: [geral@ponteditora.org](mailto:geral@ponteditora.org)

Telefone: 291 723 010

URL: [Ponteditora – Formar uma pátria de língua portuguesa tendo por base a ciência.](#)

URL (revista): [JIM - Jornal de Investigação Médica \(ponteditora.org\)](#)

**Editores-chefes:** Diego Viana Gomes (PhD) & Cristina Vaz de Almeida (PhD)

**Periodicidade:** Semestral (janeiro, julho)

**Propriedade:** Ponte Editora, Sociedade Unipessoal, Lda.

**NIPC:** 514 111 054

**Composição do Capital da Entidade Proprietária:**

10.000€, 100% detido por Ana Leite, Doutoranda.

**Gestão/gerência (não remunerada):** Eduardo Leite, Ph.D.

**ISSN (online):** 2184-7509



# EQUIPA EDITORIAL

## EDITORES – CHEFES

---

### **Cristina Vaz de Almeida**


PhD em Ciências da Comunicação - Literacia em Saúde (ISCSP- Portugal), Diretora da Pós-Graduação em Literacia em Saúde (ISPA), Mestre em Comunicação *em e-Learning* (Universidade de Barcelona), Pós-Graduada em Marketing (ISG) e em Psicologia Positiva (ISCSP), Licenciada em Direito (UCP - Portugal). Presidente da Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde.


### **Diego Viana Gomes**


Pós-Doutor pelo Instituto de Nutrição da UFRJ, PhD em Ciências e Mestre em Educação Física pela UFRJ, Especialista em Treinamento Desportivo, Coordenador e Professor do Ensino Superior.


# CONSELHO CIENTÍFICO


---


**Ana Lúcia Marques Ramos**  - PhD em Biociências – especialidade em Biologia Celular e Molecular. Professora na Escola Superior de Tecnologia da Saúde de Lisboa – Instituto Politécnico de Lisboa, Portugal. Investigadora no Health and Technology Research Center (H&TRC).


**Ana Mafalda Loureiro Fonseca**  - PhD em Ciências Biomédicas (Imunologia). Professora Auxiliar na Universidade da Beira Interior - Faculdade de Ciências da Saúde, Portugal.


**André Filipe Ferreira Coelho**  - PhD em Ciências da Vida, pela NOVA Medical School. Professor Adjunto na Escola Superior de Tecnologia da Saúde – Instituto Politécnico de Lisboa, Portugal.


**Carina Patrícia De Barros Freitas**  - PhD em Ciências Médicas e Neurociências, Professora Auxiliar Convidada da Faculdade de Ciências da Vida da Universidade da Madeira, Médica Assistente Graduada de Pedopsiquiatria da Carreira Especial Médica (SESARAM, EPERAM), Portugal.


**Catarina Morais Seabra**  - PhD em Biologia Básica e Aplicada (GABBA), Investigadora do Laboratório de Circuitos Neurais e Comportamento do Centro de Neurociência e Biologia Celular da Universidade de Coimbra, Portugal.


**Cláudia Marisa Monteiro Saraiva**  - PhD em Sistemas de Bioengenharia, Investigadora de Pós-Doutoramento da Universidade de Luxemburgo.


**Clévio David Rodrigues Nóbrega**  - PhD em Biologia Molecular e Citogenética, Professor Auxiliar da Universidade do Algarve, Portugal.

**Cristina Vaz de Almeida**  - PhD em Ciências da Comunicação - Literacia em Saúde (ISCSP), Diretora da Pós-Graduação em Literacia em Saúde do Instituto Superior de Psicologia Aplicada do Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Portugal.


**Deisa Salyse dos Reis Cabral Semedo**  - PhD em Enfermagem, Professora e Coordenadora do Curso de Licenciatura em Enfermagem da Faculdade de Ciências e Tecnologias da Universidade de Cabo Verde.


**Diego Viana-Gomes**  - Pós-Doutor pelo Instituto de Nutrição da UFRJ, Professor Adjunto da Universidade Federal do Rio de Janeiro e Investigador do Laboratório de Bioquímica de Exercício e Motores Moleculares, Brasil.


**Fábio Cahuê**  - PhD em Ciências (Cardiologia), Professor de Educação Física, CREF, Rio de Janeiro, Brasil.


**Ignácio Antônio Seixas da Silva**  - PhD em Ciências do Exercício e do Esporte, pela Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). Professor Auxiliar na Universidade Estácio de Sá, Brasil.


**Isabel Maria Abreu Rodrigues Fragoeiro**  - PhD em Saúde Mental, Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde da Universidade da Madeira, Portugal.

**Isaura Vanessa Antunes Martins**  - PhD em Neurociência, Investigadora de Pós-Doutoramento do Instituto de Medicina Molecular, Portugal.


**Jorge Humberto Ferreira Martins**  - PhD em Voz, Comunicação e Linguagem, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra (CHUC), Portugal.


**Mafalda Maria Coelho Azevedo**  - PhD em Biologia Básica e Aplicada (GABBA), Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar da Universidade do Porto, Portugal.


**Marcelo de Lima Santanna**  - PhD em Química Biológica, Centro de Instrução Almirante Sylvio de Camargo - Marinha do Brasil.


**Marco André Manso Domingues**  - PhD em Bioquímica Médica, Instituto de Medicina Molecular João Lobo Antunes, Portugal.


**Nuno Carvalho Freire de Almeida Adubeiro**  - PhD em Ciências Biomédicas, Professor Adjunto da Escola Superior de Saúde do Politécnico do Porto, Portugal.


**Patrícia Vigário**  - PhD e Pós-Doutoramento em Medicina (Endocrinologia), Investigadora no Centro Universitário Augusto Motta, Rio de Janeiro, Brasil.

**Paulo Alexandre Gameiro**  - PhD em Bioquímica, Investigador de Pós-Doutoramento do Centro de Esclerose Múltipla Queen Square da Universidade de Londres, Reino Unido.

**Paulo Nunes Costa Filho**  - PhD em Biodinâmica do Movimento Humano, pela Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ). Biofísico e investigador no Laboratório de Imunofisiologia do Instituto de Biofísica Carlos Chagas Filho - UFRJ, Rio de Janeiro, Brasil.


**Roseny Flávia Martins**  - PhD em Ciências da Saúde, Universidade Estadual de Campinas, Estado de São Paulo, Brasil.


**Tábata Bergonci**  - PhD em Genética, Investigadora de Pós-doutoramento na Aarhus University, Dinamarca.


**Tânia Marlene Gonçalves Lourenço**  - PhD em Enfermagem, Professora Adjunta na Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny, Investigadora Integrada na CINTESIS, Portugal.


# CONSELHO EDITORIAL

---

**Abílio Raúl Oliveira Nogueira de Azevedo**  – Doutorando em Segurança e Saúde Ocupacionais (DemSSO), Faculdade de Engenharia da Universidade do Porto (FEUP), Portugal.

**Bárbara Gomes Patrício**  - Doutoranda em Medicina Translacional, Investigadora do Instituto de Fisiologia Clínica do Consiglio Nazionale delle Ricerche, Itália.

**Maria Margarida Serra Coelho**  - Doutoranda em Bioquímica, Investigadora da Fundação para a Ciência e a Tecnologia, I.P, Portugal.

**Margarida Araújo-Correia**  - Doutoranda Mecanismos de Doença e Medicina Regenerativa, Professora de Farmácia da Escola Josefa de Óbidos, Portugal.

**Sandra Filipa Ferreira Gomes**  - Doutoranda em Farmacologia Clínica e Toxicologia, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto, Portugal.

# ESTATUTO EDITORIAL

---

- I. O **JIM – Jornal de Investigação Médica**, conhecido também pela forma abreviada de **JIM**, é uma publicação periódica. Propriedade da Editora: Ponteditora.
- II. O **JIM** posiciona-se como um projeto editorial inovador e abrangente na área das boas práticas em saúde, numa perspetiva e visão biopsicossocial, humanizadora que integra o conceito alargado da saúde e do bem-estar, estimulando a divulgação de boas práticas nacionais e internacionais. Visa também a recolha e disseminação ampla de contributos promotores de reflexão, desenvolvimento, compreensão, construção, implementação e monitorização de boas práticas em saúde.
- III. A linha editorial do **JIM** centra-se nas áreas da saúde, organizada por várias temáticas, obtendo uma transversalidade, inovação e criatividade nos campos da saúde. Considerando todos os determinantes da saúde, apraz-nos acolher a investigação que entrecruze e debata de forma reflexiva as questões da saúde e das boas práticas associadas a : antropologia, artes, cultura, desporto e atividades similares, economia, empreendedorismo, estatística, filosofia, governação, linguística, novas tecnologias, políticas, psicologia positiva, psicologia da saúde, neuropsicologia, sociologia, urbanismo, entre outras matérias que se cruzem e resultem numa melhor saúde e bem-estar dos indivíduos, grupos e sociedade.
- IV. O **JIM** tem por missão poder contribuir para o desenvolvimento de trabalhos de investigação, promotores de análises e investigação com diferentes abordagens e perspetivas, em contextos, situações e objetivos centralizados nas áreas da saúde e de bem-estar do indivíduo, grupos, comunidades, organizações e sociedade.
- V. O **JIM** é editado semestralmente, online, em língua portuguesa e inglesa, sendo disseminado em todo o mundo através da Internet.
- VI. O **JIM** terá, aproximadamente, 80 a 180 páginas.

- VII.** O **JIM** destina-se a todos os profissionais das áreas da saúde, outros investigadores, estudantes das áreas abrangidas, incluindo todos os leitores das ciências da saúde, psicologia e serviço social, marketing, gestão da saúde, ciência política e social, sociologia, comunicação e marketing em saúde, entre outros explanados nos objetivos.
- VIII.** Interessam ao **JIM** todos os trabalhos de investigação com abordagens sobre vertentes mais práticas. Estimula-se o tratamento e desenvolvimento dos conceitos e temas associados a: comunicação em saúde, saúde, estilos de vida saudável, estratégias, intervenções comunitárias, ética, intervenções de proximidade, intervenções hospitalares, literacia em saúde, marketing em saúde, modelos de saúde, modelos de comunicação em saúde, organizações literadas, *patient advocacy*, políticas públicas de saúde, prevenção da doença e de riscos, projetos e intervenções de mudança de comportamento, relação terapêutica, segurança do doente entre outros temas que se enquadrem nos objetivos propostos pelo JIM.
- IX.** O **JIM** publica artigos académicos e científicos, originais e de revisão, bem como ensaios e resenhas/recensões críticas.
- X.** O **JIM** publica em língua portuguesa, assim como em inglês. Em cada artigo estão incluídos o título, resumo e palavras-chave em duas línguas.
- XI.** O **JIM** edita números regulares e números especiais, confiados a investigadores/as credenciados/as das respetivas áreas de especialidade (orientações para revisores/as), sob a escrutínio e aprovação da Equipa Editorial. Toda a colaboração é submetida a um exigente processo de seleção e revisão baseado em arbitragem científica e dois modos, cega por pares e por pares aberta.
- XII.** O **JIM** disponibiliza as Normas para apresentação e publicação de artigos e uma lista anual dos/as revisores/as que colaboram na arbitragem científica dos manuscritos, tendo uma política de revisão em que todos os artigos desta publicação científica passam por uma triagem rigorosa, com base na revisão por pares, cega dupla e aberta, assim como pelo crivo dos editores-chefes.
- XIII.** Almejando os mais elevados padrões de ética na publicação, a Equipa Editorial do **JIM** inspira o seu Código de Ética nas orientações estabelecidas pelo

*Committee on Publication Ethics* (COPE, Comité de Ética em Publicações, versão de março, 2011). Nesse código definem-se as responsabilidades de todas as partes envolvidas no ato de publicação do **JIM**.

- XIV.** No âmbito do **JIM**, qualquer artigo proposto, assim como a sua abordagem metodológica, deve propor uma contribuição significativa para a partilha de boas práticas em saúde e bem-estar, indo ao encontro dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS17).
- XV.** O **JIM** assume o compromisso de assegurar o respeito pelos princípios deontológicos e pela ética profissional dos jornalistas, assim como pela boa-fé dos leitores, nos termos n.º 1 do artigo 17º da Lei de Imprensa.

# ÍNDICE

---

- |            |  |  |
|------------|--|--|
| <b>001</b> | Editorial<br><i>Editorial</i>  | Cristina Vaz de Almeida;<br>Diego Vianna-Gomes                           |
| <b>005</b> | Do conhecimento à prevenção – Cancro da Mama<br><i>From knowledge to prevention – Breast Cancer</i>  | Rita Paraíso; Andreia<br>Oliveira; Filipa Batista;<br>Teresa Figueiredo  |
| <b>015</b> | Literacia em Saúde: Cancro da Pele no Algarve<br>Central<br><i>Health Literacy: Skin Cancer in Central Algarve</i>   | Muna Sidarus; Mariana<br>Custódio; Cristóvão<br>Custódio; Manuela Castro |
| <b>025</b> | Filhos de pessoas com doença mental e programas<br>de intervenção multidisciplinar em literacia em saúde<br>– uma revisão narrativa das experiências<br>internacionais e portuguesas<br><i>Children of parents with a mental illness and multidisciplinary<br/>intervention programs in health literacy – a narrative review of<br/>international and portuguese experiences</i> | Mara Pinto; Carla Maia   |
| <b>035</b> | Literacia em saúde mental nos adolescentes –<br>potencialidades, desafios e o papel dos serviços de<br>saúde mental hospitalares<br><br>Mental health literacy in adolescents – potentialities,<br>challenges, and the role of hospital-based mental<br>health services  | Mara Pinto; Carla Maia   |
| <b>047</b> | A importância da literacia em saúde na gestão do<br>regime terapêutico: perceções, dificuldades e<br>estratégias<br><br><i>The importance of health literacy in the management of the<br/>therapeutic regimen: perceptions, difficulties, and strategies</i>   | Sandra Esteves   |

- |            |   |   |
|------------|---|---|
| <b>057</b> | <p>Mindfulness: instrumento para a promoção da saúde e bem-estar na população portuguesa e desenvolvimento da literacia em Saúde</p> <p><i>Mindfulness: an instrument for the promotion of health and well-being in the Portuguese population and the development of health literacy</i></p>                            | Pascoal Amaral; Diana Pinheiro  |
| <b>077</b> | <p>A intervenção educativa do enfermeiro na promoção do autocuidado da pessoa idosa com incontinência urinária</p> <p><i>The educational intervention of nurses in the promotion of self-care of the elderly with urinary incontinence</i></p>  | Carla Nascimento; Sónia Ferrão; Sara Santos   |
| <b>097</b> | <p>Mindfulness: instrumento para a promoção da saúde e bem-estar na população portuguesa e desenvolvimento da literacia em Saúde</p> <p><i>Mindfulness: an instrument for the promotion of health and well-being in the Portuguese population and the development of health literacy</i></p>                            | Maria Santos, Tânia Lourenço; Maria Sousa; Kelly Andrade; Mónica Santos; Daniela Moreira; Ricardo Novita; Nuno Teixeira |
| <b>113</b> | <p>Cuidados Paliativos Domiciliários e o médico de família: revisão integrativa da literatura</p> <p><i>Home palliative care and primary care doctors: integrative literature review</i></p>  | Mariana Brites; Marta Santos  |
| <b>123</b> | <p>Perceção de grupos de adultos com mais de 65 anos sobre intervenções que visam a aprendizagem ao longo da vida: estudo exploratório</p> <p><i>Perception of groups of adults over 65 years of age on interventions aimed at lifelong learning: exploratory study</i></p>   | Marisa Viegas   |
| <b>145</b> | <p>Qualidade da Proteína dos Pescados mais consumidos no Estado do Rio de Janeiro/Brasil – uma estratégia para mitigar a Insegurança Alimentar e Nutricional</p> <p><i>Protein Quality of the most consumed Fish in the State of Rio de Janeiro/Brazil – a strategy to mitigate Food and Nutritional Insecurity</i></p> | Nathana Cinglia; Carlos Caetano; Ricardo Cardoso; Lucia Vianna  |

## EDITORIAL

---

### EDITORIAL JIM DEZ 2022

**EDUCAÇÃO, TECNOLOGIA E SAÚDE, O QUE PODEMOS MELHORAR? AS COMPETÊNCIAS, MAS NÃO SÓ.**

Cristina Vaz de Almeida  & Diego Viana Gomes 

Editores-chefes

Não é por acaso que 2023 será o Ano Europeu das Competências. Das competências “soft” e das “hard” onde as aprendizagens, o aumento do conhecimento, das capacidades e dos atributos pessoais contam tanto, seja no desenvolvimento das competências comunicativas, como na resiliência ou na resolução de conflitos e mesmo na obrigatória aprendizagem de competências digitais.

Existem diferentes formas de aprendizagens de competências. Aquele que aprende pela negativa, reagirá normalmente pela negativa. E no mesmo sentido, sujeitos submetidos a modelação positiva, terão potencial positivo. Os novos desafios dos próximos tempos exigem diversidade, criatividade, capacidade de ação rápida, motivação, consciência e autorregulação.

O mundo pede-nos mais competências, e estas não estão disponíveis em prateleiras. Estão encapsuladas num processo que precisa ser desdobrado. Em saúde continua a ser gritante os frágeis níveis de literacia em saúde das pessoas. Elas precisam aquilo que a Europa clama: “as competências”. Mas enquanto não se desdobrarem o que é realmente este constructo, será difícil avançar. Quando a linguagem não é uniforme, a capacidade de compreensão da ação esvai-se em entendimentos diversos.

E por isso é que é preciso definir-se muito bem o que está por detrás deste termo: competências. Interessam à saúde, pois as competências são, de facto, o motor da mudança. E significa que o paciente tem de ter conhecimento, o tal “saber” naturalmente assim também como o profissional. Significa em segundo lugar as capacidades, e isto quer dizer que o paciente tem de ter autoeficácia, ou saber fazer o que pedem que ele

faça, e ,em terceiro lugar perceber os seus atributos pessoais, a pessoa, o “ser” que é para o levar a agir. E para isso devemos perguntar e avaliar a sua memória, a sua idade, as suas influências, as suas crenças, o seu contexto.

São esses os fatores do constructo competências que permitirão depois desdobrarem-se as várias ações formativas, de sensibilização e de avaliação que permitem o desenvolvimento desse conhecimento, capacidades e atributos pessoais. E os efeitos da recompensa ou reforço no comportamento anterior dependem em parte se a pessoa percebe a recompensa como um contingente ao seu próprio comportamento, ou independente dele (Rotter, 1966). E isto significa também o poder da motivação intrínseca do indivíduo e do seu locus de controlo interno e da sua auto regulação para manter aquele comportamento (Deci & Ryan, 2002). E isto obtém-se com mais competências e com a sensação de autoeficácia (Bandura, 1977), pela sensação de vitória e de se conseguir ir atingindo passo a passo o que nos propomos fazer.

As competências são importantes, mas a motivação interna e a auto realização, quando feita com vontade, levam-nos a caminhos mais longínquos e profundos.

Segundo Diener, um maestro da psicologia positiva ( Diener, 1984; Diener & Lucas, 1999; Diener et al., 2002) as pessoas precisam de objetivos a longo prazo, de propósito e significado nas suas vidas, assim como precisam uns dos outros. As pessoas gostam de mestria e do fluxo.

À medida que desenvolvem as suas competências, as pessoas também precisam de tipos adicionais de felicidade (eudaimônica, hedónica), e todos estes ingredientes da vida incluem uma necessidade (contínua de preferência) de bem-estar psicológico.

Nesse sentido, o Jornal de Investigação Médica tem procurado trazer à luz essas competências dos seus investigadores. Criando portas abertas para uma investigação-ação, que traga métodos, investimentos no terreno, ao mesmo tempo rico de emoções e de razões, numa perspetiva biopsicossocial (Engel, 1981), ecológica e social (Mcleroy et al., 1989) e holística.

Nessa versão da revista, os investigadores trouxeram diferentes perspetivas na área da saúde, começando pelo trabalho da Rita Paraíso et al., com título “Do conhecimento à prevenção – Cancro da Mama”. Seguindo essa linha de literacia em saúde sobre a temática cancro, Muna Cabral Sidarus e colaboradores publicaram o trabalho “Literacia em Saúde:

Cancro da Pele no Algarve Central”. Ainda no contexto da literacia, Mara Solange da Costa Pinto, abordaram a questão familiar da saúde mental, cujo título é “Filhos de pessoas com doença mental e programas de intervenção multidisciplinar em literacia em saúde – uma revisão narrativa das experiências internacionais e portuguesas”.

Seguindo na área da literacia, a autora Sandra Laia Esteves trabalhou com a literacia na gestão, sob o título “A importância da literacia em saúde na gestão do regime terapêutico: perceções, dificuldades e estratégias”. Em complementação aos estudos da rica área de literacia, Pascoal Amaral Mouta et al. publicaram o título “Mindfulness: instrumento para a promoção da saúde e bem-estar na população portuguesa e desenvolvimento da literacia em Saúde”.

Uellerson Valva Silva realizou uma pesquisa sobre a frequência do uso de medicamentos com princípios psicoativos, com o trabalho intitulado “O uso de antidepressivos e benzodiazepínicos por alunos e funcionários de uma instituição de ensino superior”. A pesquisadora Carla Nascimento abordou a questão da incontinência urinária na pessoa idosa através de intervenção educativa, com trabalho intitulado “A intervenção educativa do enfermeiro na promoção do autocuidado da pessoa idosa com incontinência urinária”. Ainda com relação aos idosos, outro interesse relevante é o risco de quedas, Maria Luísa Vieira Andrade dos Santos apresentou esse debate no artigo “Adesão ao Regime Medicamentoso e Risco de Quedas em Idosos na Comunidade”.

Mariana Gomes de Azevedo Neto Brites abordou os “Cuidados Paliativos Domiciliários e o médico de família: revisão integrativa da literatura”. Marisa Viegas seguiu com um estudo exploratório sobre intervenções que visam aprendizado em idosos, sob o título “Perceção de grupos de adultos com mais de 65 anos sobre intervenções que visam a aprendizagem ao longo da vida: estudo exploratório. ”

No contexto da segurança alimentar, a autora Nathana Ciniglia e colaboradores publicaram o artigo “Qualidade da Proteína dos Pescados mais consumidos no Estado do Rio de Janeiro/Brasil – uma estratégia para mitigar a Insegurança Alimentar e Nutricional”. E para finalizar o volume, o pesquisador Thiago Ramos de Barros et al. estudaram o efeito do exercício físico e restrição do sono em diferentes contextos com o trabalho “Esforço físico e restrição de sono modificam marcadores bioquímicos e cognitivos em militares: uma revisão sistemática. ”

No contexto da Educação, Tecnologia e Saúde, o Jornal de Investigação Médica traz textos que promovem a educação na área da saúde com pesquisas inovadoras que buscam elucidar questões importantes do quotidiano.

## BIBLIOGRAFIA

---

- Almeida, C. V. (2018). Literacia em saúde: Capacitação dos profissionais de saúde: O lado mais forte da balança. Em C. Lopes & C. V. Almeida (Coords.), *Literacia em saúde: Modelos, estratégias e intervenção* (pp. 33-42). Lisboa: Edições ISPA.
- Deci, E. L., & Ryan, R. M. (org.). (2002). *The handbook of self-determination research*. Rochester: University of Rochester Press.
- Diener, E. (1984). Subjective Wellbeing. *Psychological Bulletin*, 95(3), 542-575
- Diener, E., & Lucas, R. (1999). Personality and subjective well-being. In D. Kahneman, E. Diener & N. Schwarz (Eds.), *Well-Being: The Foundations of Hedonic Psychology* (pp. 213-229). New York: Russell Sage Foundation.
- Diener, E., Lucas, R. E., & Oishi, S. (2002). Subjective well-being: The science of happiness and life satisfaction. In C. R. Snyder & S. J. Lopez (Eds.), *The handbook of positive psychology* (pp.63-73). New York: Oxford University Press.
- Engel, G. L. (1981). The clinical application of the biopsychosocial model. *Journal of Medicine and Philosophy*, 6, 101-123.
- Mckinsey. (2021). Definindo as competências que os cidadãos precisarão no futuro mundo da work. <https://www.mckinsey.com/industries/public-and-social-sector/our-insights/defining-the-skills-citizens-will-need-in-the-future-world-of-work>
- McLeroy, K. R., Bibeau, D., Steckler, A. and Glanz, K. (1988). An ecological perspective on health promotion programs. *Health Education Quarterly*, 15, 351-377.
- Rotter, J. B. (1966). Generalized expectancies for internal versus external control of reinforcement. *Psychological Monographs: General and Applied*, 80(1), 1–28. <https://doi.org/10.1037/h0092976>
- Roter, D. L., Hall, J. A., & Katz, N. R. (1988). Patient-physician communication: A descriptive summary of the literature. *Patient Education and Counseling*, 12(2), 99-119. [https://doi.org/10.1016/0738-3991\(88\)90057-2](https://doi.org/10.1016/0738-3991(88)90057-2)

## Do conhecimento à prevenção – Cancro da Mama

*From knowledge to prevention – Breast Cancer*

**Rita Paraíso** 

ARS Algarve

[rita.paraíso@gmail.com](mailto:rita.paraíso@gmail.com)

**Andreia M. Oliveira** 

ARS Algarve

[amarreiros@arsalgarve.min-saude.pt](mailto:amarreiros@arsalgarve.min-saude.pt)

**Filipa Baptista** 

ARS Algarve

[fbatista@arsalgarve.min-saude.pt](mailto:fbatista@arsalgarve.min-saude.pt)

**Teresa Figueiredo** 

Faculdade de Medicina e Ciências Biomédicas da Universidade do Algarve

[tfigueiredo@ualg.pt](mailto:tfigueiredo@ualg.pt)

**Conflito de interesses:** nada a declarar. **Financiamento:** nada a declarar.

Histórico:

**Submissão | Received:** 22/11/2022

**Aprovação | Accepted:** 14/12/2022

**Publicação | Published:** 23/12/2022



Todo o conteúdo do **JIM – Jornal de Investigação Médica** é licenciado sob *Creative Commons*, a menos que especificado de outra forma e em conteúdo recuperado de outras fontes bibliográficas.

## RESUMO

---

**Contexto:** O cancro da mama corresponde à neoplasia com maior incidência e principal causa de morte por cancro na mulher a nível mundial. A baixa literacia tem impacto negativo na saúde da população, limitando a adesão aos rastreios e procura precoce de cuidados.

**Objetivos:** Desenvolver estudo exploratório de intervenção comunitária para promoção da literacia sobre cancro da mama.

**Metodologia:** Intervenção em comunidades específicas no âmbito da Unidade Curricular de Saúde e Intervenção Comunitária do Mestrado Integrado em Medicina da Universidade do Algarve. Desenvolveram-se sessões de educação para a saúde com técnicas de exposição/linguagem adaptadas, simplificando conceitos e informações sobre cancro da mama, nomeadamente fatores de risco/protetores da doença e sinais de alarme.

**Resultados:** 93% participantes tiveram contacto prévio com familiares/amigos diagnosticados com cancro, sublinhando o impacto da neoplasia.

No questionário de conhecimento inicial (média de 11,72 respostas certas em 13 questões), verificou-se uma aprendizagem de 5,2% (média de 12,31 respostas certas finais). A intervenção foi avaliada com a análise SWOT, visando dar continuidade e adaptar a novas comunidades. Como “*Strenghts*” destacam-se ser um tema conhecido e discurso adaptado/simplificado, como “*Weaknesses*” os conteúdos complexos. Nas “*Opportunities*” salientam-se colmatar lacunas e desmistificar ideias pré-concebidas e nas “*Threats*” o nível de literacia do público-alvo.

**Palavras-Chave:** Cancro da mama, Intervenção comunitária, Literacia em saúde

## ABSTRACT

---

**Context:** Breast cancer corresponds to the neoplasm with highest incidence and the main cause of cancer death in women worldwide. Low literacy has a negative impact on the population health, limiting adherence to screening and early seeking care.

**Objectives:** Develop an exploratory study of community intervention to promote breast cancer literacy.

**Methodology:** Intervention in specific communities within the Curricular Unit of Health and Community Intervention of the Integrated Master in Medicine of the University of Algarve. Health education sessions were developed with adapted exposure/language techniques, simplifying concepts and information about breast cancer, namely risk factors/protectors of the disease and warning signs.

**Results:** 93% participants had previous contact with relatives/friends diagnosed with cancer, underlining the impact of this neoplasm. In the initial knowledge questionnaire (average of 11.72 correct answers in 13 questions), there was a learning rate of 5.2% (average of 12.31 final correct answers). The intervention was evaluated with a SWOT analysis, aiming to continue and adapt to new communities. As “Strengths” stand out being a well-known theme and adapted/simplified discourse. Complex contents are referred to as “Weaknesses”. In “Opportunities” we emphasize filling gaps and demystifying preconceived ideas and in “Threats” the literacy level of the target audience is presented.

**Keywords:** Breast cancer, Community intervention, Health literacy

# 1. INTRODUÇÃO

---

O cancro da mama é uma patologia com impacto crescente na população mundial. A sua incidência e mortalidade têm vindo a aumentar, sendo que alguns dos fatores identificados são o aumento populacional e o seu envelhecimento, assim como a modificação da prevalência e de fatores de risco (Manual de Oncologia, spo, n.d.) (Cancro, L. P. C. o., n.d.)

No que se refere à população feminina, o cancro da mama é o mais diagnosticado e também é a principal causa de morte por cancro (seguido pelo cancro do pulmão e colorretal), representando 30% dos cancros na mulher (Cancro, L. P. C. o., n.d.) (Hofer & Pestalozzi, 2013). Não obstante, a mortalidade por cancro da mama tem vindo a ser reduzida por uma deteção mais precoce (através do rastreio populacional com a mamografia) e melhoria no tratamento (Manual de Oncologia, spo, n.d.). Atualmente atinge mais de 1,6 milhões de mulheres anualmente e prevê-se o seu aumento para os 2,2 milhões de casos até 2025 (Zujewski et al., 2018). No homem, o cancro da mama é raro, contribuindo para cerca de 1% dos casos (Manual de Oncologia, spo, n.d.).

Apesar do cancro da mama ser o mais comum na mulher, a informação que a população dispõe, nem sempre provém de fontes fidedignas e apoiadas na evidência científica, pelo que se torna premente capacitar a comunidade de informação com conteúdo credível e desta forma colmatar lacunas e desmistificar conceitos pré-concebidos errados.

A literacia em saúde é uma pedra basilar da transição do modelo biomédico para o modelo colaborativo, permitindo a melhoria do estado de saúde, a diminuição dos custos em cuidados de saúde, o aumento do conhecimento em saúde e a utilização menos frequente dos serviços de saúde (Pedro, 2016). Também é reconhecido que a baixa literacia em saúde traduz-se em menor utilização da mamografia (Berkman, 2011).

Desta forma, o ensino e *empowerment* da população permite habilitar a população sobre esta temática, nomeadamente, no que concerne a definição e classificação do cancro da mama, fatores de risco modificáveis e não modificáveis, fatores protetores, manifestações da doença com reconhecimento dos sinais de alarme, explicação do conceito de rastreio e abordagem diagnóstica. Estes conhecimentos conferem benefícios a médio e longo prazo na saúde das populações e no impacto da patologia nas famílias e sociedades onde se inserem, assim como um melhor recurso aos serviços de saúde disponíveis.

## 2. METODOLOGIA

---

Tratou-se de um estudo exploratório de intervenção comunitária realizado por alunos do Mestrado Integrado em Medicina da Universidade do Algarve com apoio de orientadores com experiência em trabalho comunitário.

Primeiramente foram contactadas diversas instituições do ACeS Central a propor a realização da intervenção em Cancro da Mama, tendo-se obtido resposta positiva de três comunidades, a saber: Academia Sénior da Cruz Vermelha Portuguesa, Fundação António Aleixo e Adultos da Universidade do Algarve. Uma vez apuradas as necessidades destas populações-alvo, foram construídos um questionário e uma apresentação em PowerPoint, com linguagem acessível e de simples compreensão.

As sessões decorreram na Faculdade de Medicina e Ciências Biomédicas na Universidade do Algarve para os grupos comunitários da Academia Sénior da Cruz Vermelha Portuguesa e Adultos da Universidade do Algarve, e em Loulé, nas instalações da Fundação António Aleixo. Cada sessão propriamente dita, consistiu na apresentação do PowerPoint com informação e esclarecimento relativamente aos seguintes tópicos: epidemiologia, definição, classificação, fatores de risco modificáveis e não modificáveis, fatores protetores, manifestações da doença e sinais de alarme, explicação do conceito de rastreio e abordagem diagnóstica.

As técnicas de exposição e linguagem utilizadas durante as sessões foram adaptadas ao público-alvo, com o intuito de simplificar conceitos e informações sobre o cancro da mama, nomeadamente fatores de risco e protetores da doença e reconhecimento de sinais de alarme.

O questionário foi aplicado antes e após cada sessão para avaliação do impacto da mesma e incluiu perguntas para caracterizar a população, a experiência prévia com cancro, e os conhecimentos sobre cancro da mama. Os dados foram tratados estatisticamente utilizando o programa Excel®.

No final de cada intervenção também foi aplicado um inquérito de satisfação.

Figura 1 - Questionário pré-sessão e pós-sessão

**Questionário 1 - Pré-sessão**  
Saúde e Intervenção Comunitária  
Sessão de Esclarecimento: Cancro da Mama  
Data da Intervenção: 22/06/2022

**1. Identificação do participante**  
Assinale a opção escolhida com uma cruz

1.1. Mulher  Homem  Prefere não responder   
1.2. Idade \_\_\_\_\_ anos 1.3. Escolaridade \_\_\_\_\_  
1.4. Profissão \_\_\_\_\_ Já reformado? Se sim assinala

**2. Experiência com cancro**  
Assinale a opção escolhida com uma cruz

2.1. Já teve cancro? Sim  Não  Se sim, qual? \_\_\_\_\_  
2.2. Considera que tem risco de sofrer cancro da mama? Sim  Não   
2.3. Já teve familiares com cancro? Sim  Não  Se sim, qual? \_\_\_\_\_  
2.4. Já teve amigos com cancro? Sim  Não  Se sim, qual? \_\_\_\_\_

**3. O que sabe sobre o cancro da mama?**  
Assinale a opção escolhida com uma cruz

	Verdadeiro	Falso
3.1. A maioria dos cânceros da mama são curáveis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.2. A probabilidade de desenvolver cancro da mama aumenta com o avançar da idade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.3. Quem já teve cancro da mama corre maior de risco de voltar a ter.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.4. O consumo de bebidas alcoólicas e tabaco aumenta o risco de desenvolver cancro da mama.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.5. Seguir um estilo de vida saudável pode proteger contra o cancro da mama.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.6. Só um médico é capaz de detetar alterações suspeitas de cancro da mama.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.7. A alteração da cor, espessura ou textura da pele da mama é um sinal de alarme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.8. Se detetar alguma alteração na mama devo procurar um médico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.9. O rastreio deve ser feito para detetar precocemente o cancro, permitindo tratar atempadamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.10. O rastreio do cancro da mama deve ser realizado após surgirem sinais e sintomas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.11. Não há um rastreio específico para o cancro da mama.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.12. Quanto mais cedo for feito o diagnóstico de cancro da mama, maior a probabilidade de cura.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.13. O programa de rastreio do cancro da mama destina-se a mulheres, com idade entre os 50 e 69 anos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**Questionário 1 - Pós-sessão**  
Saúde e Intervenção Comunitária  
Sessão de Esclarecimento: Cancro da Mama  
Data da Intervenção: 22/06/2022

**1. O que aprendeu sobre o cancro da mama?**  
Assinale a opção escolhida com uma cruz

	Verdadeiro	Falso
1.1. A maioria dos cânceros da mama são curáveis.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.2. A probabilidade de desenvolver cancro da mama aumenta com o avançar da idade.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.3. Quem já teve cancro da mama corre maior de risco de voltar a ter.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.4. O consumo de bebidas alcoólicas e tabaco aumenta o risco de desenvolver cancro da mama.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.5. Seguir um estilo de vida saudável pode proteger contra o cancro da mama.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.6. Só um médico é capaz de detetar alterações suspeitas de cancro da mama.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.7. A alteração da cor, espessura ou textura da pele da mama é um sinal de alarme.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.8. Se detetar alguma alteração na mama devo procurar um médico.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.9. O rastreio deve ser feito para detetar precocemente o cancro, permitindo tratar atempadamente.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.10. O rastreio do cancro da mama deve ser realizado após surgirem sinais e sintomas.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.11. Não há um rastreio específico para o cancro da mama.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.12. Quanto mais cedo for feito o diagnóstico de cancro da mama, maior a probabilidade de cura.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.13. O programa de rastreio do cancro da mama destina-se a mulheres, com idade entre os 50 e 69 anos.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

**2. Inquérito de satisfação**  
Assinale a opção escolhida com uma cruz

	1	2	3	4	5
2.1. Sentiu que esta sessão foi útil e aprendeu algo novo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.2. Achou que a informação foi transmitida de forma clara?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.3. Recomendaria a sessão a um familiar ou amigo?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.4. Se desejar, deixe aqui comentários relativamente à sessão que assistiu:	_____				

Muito obrigada pela sua participação!

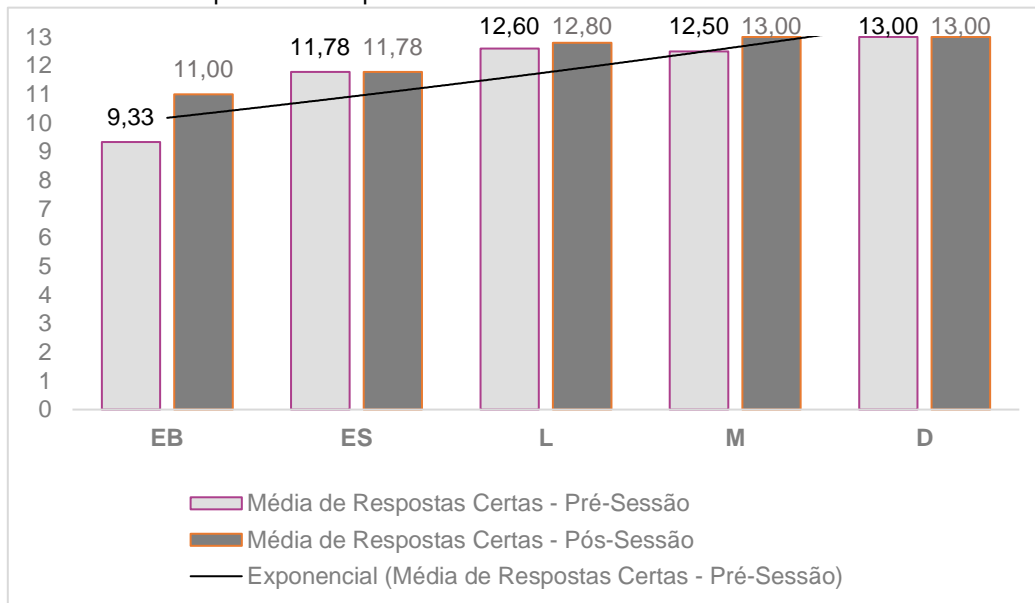
### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A intervenção foi realizada a 14 indivíduos da Academia Sénior da Cruz Vermelha Portuguesa, 9 da Fundação António Aleixo e 6 Adultos voluntários da Universidade do Algarve, perfazendo um total de 29 pessoas. Os participantes foram maioritariamente mulheres (89%), com uma média de 67 anos de idade e a seguinte distribuição por faixas etárias: 45-60 anos (27,6%), 61-75 anos (44,8%) e 76-90 anos (27,6%). Relativamente à escolaridade, a maioria completou o ensino secundário (31%), seguindo-se ensino básico (20,7%), licenciatura (17,2%), mestrado (6,9%) e doutoramento (3,4%), sendo que 20,7% não respondeu a esta questão.

Quanto à experiência prévia com cancro, 2 participantes tiveram diagnóstico de cancro da mama e 93% havia tido contacto com familiares ou amigos diagnosticados com cancro, em que os mais prevalentes foram cancro colorretal, mama e pele. Cerca de metade considerou que apresenta risco de vir a desenvolver cancro da mama no futuro.

Os resultados das questões sobre conhecimentos desta temática, aplicadas antes e depois da sessão, revelaram uma aprendizagem de 5,2%, partindo de uma média de respostas certas basal de 11,72 para uma final de 12,31 (num total de 13 questões), com destaque para os conhecimentos adquiridos no que se refere ao rastreio deste cancro, apesar de permanecer a área de maior erro. Revelou-se ainda a necessidade de maior investimento na literacia dos rastreios em saúde junto da população com menor escolaridade, como apresentado na Figura 2.

**Figura 2 - Média de respostas certas por escolaridade**



A faixa etária dos 45-60 anos apresentou a média mais elevada de respostas certas, isto é, revelou maior conhecimento quanto à temática, anteriormente à apresentação, enquanto a faixa etária dos 76-90 anos foi a que apresentou uma maior diferença de respostas certas no questionário pré e pós sessão. Também se verificou que, quanto mais elevado o nível de escolaridade, maior a média de respostas certas.

Relativamente ao inquérito de satisfação, os resultados mostraram que os participantes recomendariam estas sessões a outras pessoas, pois a informação foi transmitida de forma clara e útil, favorecendo novas aprendizagens.

Por fim, foi aplicada a análise SWOT para avaliar a intervenção, nomeadamente os pontos fortes e fracos, oportunidade e riscos, que são discriminados na Tabela 1.

**Tabela 1 - Análise SWOT**

<b>Strengths</b>	<b>Weaknesses</b>	<b>Opportunities</b>	<b>Threats</b>
- Tema conhecido - Discurso adaptado e simplificado	- Exposição com conteúdos complexos	- Colmatar lacunas - Desmistificar ideias pré-concebidas	- Nível de literacia do público-alvo

A adaptação do discurso e simplificação da informação foi uma das “*Strengths*” detetadas na análise SWOT e que poderá ter sido relevante no atingimento do objetivo inicialmente proposto. No entanto, a apresentação deste conteúdo complexo e a forma expositiva, poderão ser entraves à transmissão de informação, pelo que se torna imprescindível serem tidos em consideração e adaptados ao grupo-alvo quando necessário, dando relevância à idade, literacia ou contexto social, bem como outros fatores que influenciam a forma como é possível aceder e compreender a informação existente disponível.

Seria importante aumentar a amostra em estudo e dar continuidade à implementação na comunidade de forma a abranger mais população, como em instituições e escolas, com a devida adaptação às suas necessidades e limitações. Alternativamente, esta informação poderá ser transmitida através de outros meios de comunicação, como televisão, rádio, redes sociais, feiras ou afixação de posters em locais públicos. De futuro, seria interessante a criação de uma página ou biblioteca virtual contendo uma coleção de informação científica atualizada sobre temas de saúde relevantes, acessíveis à compreensão da comunidade, aos quais a população tivesse acesso e cumprindo assim o propósito de intervenção comunitária.

## 4. CONCLUSÕES

A intervenção comunitária com exposição de conteúdos sobre o cancro da mama e avaliação de conhecimentos dos ouvintes mostrou-se benéfica tendo contribuído para o aumento da literacia em saúde num tema tão pertinente. Assim, estas intervenções permitem colmatar lacunas e desmistificar ideias pré-concebidas, promovendo a literacia em saúde.

Em suma, sabe-se que uma população pobre em literacia em saúde tem consequências individuais e comunitárias, com maior recurso aos serviços de saúde e em estados mais avançados da doença, com consequente aumento da morbimortalidade e dos gastos económicos (Sørensen et al., 2021). No presente trabalho foram identificadas lacunas dos conhecimentos basais da população-alvo sobre o cancro da mama com ganho após as sessões realizadas. Este ganho destaca-se na área dos conhecimentos sobre os rastreios,

contudo, esta permanece igualmente a área de maior erro de resposta, pelo que se conclui que permanece uma necessidade de aumentar o conhecimento populacional sobre rastreios, sobretudo na população com menor escolaridade.

É importante a continuidade de projetos similares, pois uma sociedade instruída e capacitada para identificar, prevenir e recorrer aos serviços de saúde adequados atempadamente no caso de doença, é uma sociedade empoderada e que enriquece o conceito de saúde pública.

## BIBLIOGRAFIA

---

- Berkman, N.D., Sheridan S.L., Donahue K.E., et al. (2011) Health literacy interventions and outcomes: an updated systematic review. Evidence Report/technology Assessment. 199, 1-941.
- Cancro, L. P. C. o. (n.d.). Cancro da Mama. Liga Portuguesa Contra o Cancro. Retrieved May 14, 2022, from <https://www.ligacontracancro.pt/cancro-da-mama/>
- Hofer, S. & Pestalozzi, B. C. (2013). Treatment of breast cancer brain metastases. *European Journal of Pharmacology*, 717(1-3), 84–87. <https://doi.org/10.1016/j.ejphar.2012.11.068>
- Pedro, A., Amaral, O. & Ana Escoval, A. (2016). Literacia em saúde, dos dados à ação: tradução, validação e aplicação do European Health Literacy Survey em Portugal. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 34 (3), 259-275. <https://doi.org/10.1016/j.rpsp.2016.07.002>
- Sociedade Portuguesa de Oncologia. Manual de Oncologia spo. (n.d.). Retrieved May 12, 2022, from [https://www.sponcologia.pt/fotos/editor2/publicacoes/manual\\_oncologia\\_spo.pdf](https://www.sponcologia.pt/fotos/editor2/publicacoes/manual_oncologia_spo.pdf)
- Sørensen, K., Levin-Zamir, D., Duong, T. V., Okan, O., Brasil, V. V., & Nutbeam, D. (2021). Building health literacy system capacity: a framework for health literate systems. *Health Promotion International*, 36(Supplement\_1), i14–i16. <https://doi.org/10.1093/heapro/daab153>
- Zujewski, J. A., Dvaladze, A. L., Ilbawi, A., Anderson, B. O., Luciani, S., Stevens, L., & Torode, J. (2018). Knowledge summaries for comprehensive breast cancer control. *Journal of Global Oncology*, (4), 1–7. <https://doi.org/10.1200/jgo.17.00141>



## Literacia em Saúde: Cancro da Pele no Algarve Central

### *Health Literacy: Skin Cancer in Central Algarve*

**Muna Sidarus** 

Universidade do Algarve

[msidarus@gmail.com](mailto:msidarus@gmail.com)

**Mariana Custódio** 

Universidade do Algarve

[mcustodio.03@gmail.com](mailto:mcustodio.03@gmail.com)

**Cristóvão Custódio** 

Unidade de Saúde Familiar Gilão, Centro de Saúde de Tavira, ACES Sotavento

[crisovaompc@gmail.com](mailto:crisovaompc@gmail.com)

**Manuela Castro** 

Universidade do Algarve

[mfcastro@ualg.pt](mailto:mfcastro@ualg.pt)

**Conflito de interesses:** nada a declarar. **Financiamento:** nada a declarar.

Histórico:

**Submissão | Received:** 28/11/2022

**Aprovação | Accepted:** 08/12/2022

**Publicação | Published:** 23/12/2022



Todo o conteúdo do **JIM – Jornal de Investigação Médica** é licenciado sob *Creative Commons*, a menos que especificado de outra forma e em conteúdo recuperado de outras fontes bibliográficas.

## RESUMO

---

**Enquadramento:** A literacia em saúde faz parte das grandes linhas de orientação estratégicas do plano nacional de saúde, e a capacitação sobre o cancro é um dos grandes tópicos a abordar. No Algarve, uma região com grande tradição de turismo balnear com a exposição solar inerente, a par com a atividade agrícola, piscatória e a apanha de bivalves, torna o cancro da pele um tema de grande relevância.

**Objetivos:** Promover a literacia em saúde da população da região do algarve central, em relação ao cancro da pele. Informar sobre os fatores de risco e protetores. Sensibilizar para comportamentos protetores e medidas de prevenção precoce.

**Métodos:** Foram realizadas sessões na comunidade, com um total de 36 participantes. A apresentação inicial pretendeu ser curta, simples e acessível. A discussão, que se seguiu, permitiu esclarecimentos, partilhas pessoais e discussão. Aplicaram-se questionários incluindo elementos de caracterização demográfica da população, nível de satisfação e a comparação dos conhecimentos pré e pós intervenção.

**Conclusões:** Os participantes transmitiram um grau de satisfação muito considerável e acima das nossas expectativas com a intervenção em geral, com os conteúdos e formato usado e a oportunidade de esclarecimentos, partilha e discussão. Dos resultados, concluímos que houve um aumento de conhecimento sobre o cancro da pele após a intervenção comunitária, cumprindo assim os objetivos que foram propostos.

**Palavras-Chave:** Cancro da Pele, Literacia em Saúde, Capacitação, Rastreio, Algarve

## ABSTRACT

---

**Background:** Health literacy is part of the national health plan's broad strategic guidelines. Knowledge on cancer is an important empowerment tool for the population. In the Algarve, a region with a high touristic tradition, mainly for its beaches and the inherent solar exposure, along with agricultural activity, fishing and shellfish harvesting, makes skin cancer a topic of great. Thus, we have developed a community intervention focused on these issues.

**Objectives:** To increase the health literacy of Central Algarve's population, related to skin cancer. Informing about risk factors as well as protective ones. Highlighting protective attitudes and early detection methods.

**Methods:** Community sessions, with a total of 36 participants, were completed. An initial presentation was meant to be short, simple, and accessible. The discussion, which followed, allowed for clarifications, discussion and sharing of personal experiences. Questionnaires were applied including population characterization details, satisfaction levels, and a comparison of knowledge prior and post intervention.

**Conclusions:** The participants expressed a high level of satisfaction, above our expectations, about the intervention in general, the contents and the format used, in addition to the clarifications and sharing times.

**Keywords:** Skin cancer, Health literacy, Empowerment, Screening, Algarve

# 1. INTRODUÇÃO

---

A literacia em saúde, segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), é um conjunto de competências sociais e cognitivas, e a capacidade de a pessoa aceder, compreender e utilizar informação por forma a promover e a manter uma boa saúde (OMS, 1998). Para tal, é necessário motivação e compreensão da informação transmitida, de forma que a pessoa adote comportamentos que promovam os cuidados de saúde e a prevenção de doenças, com a finalidade de manter ou melhorar a sua qualidade de vida (DGS, 2019).

Portugal tem incluído nas Metas de Saúde 2020 (DGS, 2017), em alinhamento com agendas a nível mundial, a promoção de literacia em saúde, com o objetivo da adoção de comportamentos que promovam a saúde, previnam as doenças e assumam com responsabilidade os seus cuidados de saúde.

Na região sul de Portugal, em particular a região do Algarve Central, tem como uma das principais prioridades a literacia em saúde, nomeadamente o aumento de conhecimento sobre neoplasias, cuja prevalência, incidência e taxa de mortalidade e morbilidades, diminuem quando detetados precocemente.

Assim, a da Faculdade de Medicina e Ciências Biomédicas (FMCB) da Universidade do Algarve (UAlg), em conjunto com as autarquias locais, iniciaram um projeto pioneiro no ano letivo de 2021/22, que desenvolveu um conjunto de iniciativas de intervenção comunitária, na tentativa de aproximar a universidade à população, partilha de conhecimentos sobre saúde e incitar os estudantes de medicina uma maior proximidade com os utentes, bem como promover a capacidade de atenção ao outro e a comunicação com diferentes públicos.

No Plano Nacional de Saúde 2021-2030, o cancro da pele não é uma neoplasia prioritária (DGS, 2021). No entanto é a neoplasia diagnosticada com maior incidência, mas com baixa expressão na taxa de mortalidade e potenciais anos de vida perdidos (ACeS Algarve I, 2017). Contudo, tendo em conta as características deste cancro e, sendo o Algarve uma região com grande exposição solar, decidimos abordar o tema da Literacia em Saúde sobre o Cancro da Pele na região do Algarve Central.

# 2. METODOLOGIA

---

Foram realizadas 3 sessões na comunidade com grupos de características diferentes, num total de 36 participantes, sendo um grupo de administrativos da UAlg, um grupo da universidade sénior local e um grupo comunitário de Quarteira, designados por

AdminUAlg, UniSénior e Comunidade, respetivamente, constituindo amostras de conveniência. As sessões consistiram numa apresentação de conteúdos, seguida de um momento de esclarecimentos, partilhas e discussão. Antes da apresentação e após a discussão, os participantes preencheram dois questionários, que designámos por pré e pós.

O material de comunicação em formato de apresentação, foi desenvolvido de forma a transmitir os conteúdos pretendidos, de forma simples e acessível. O objetivo principal era dar a conhecer o que é um cancro e introduzir informação útil e fundamental sobre o cancro da pele em particular.

Nos questionários, cujos resultados se discutem aqui, foram incluídas variáveis que pretenderam caracterizar demograficamente a população e avaliar sumariamente a sua experiência prévia com cancro (no questionário pré), os conhecimentos sobre o cancro da pele (nos questionários pré + pós) e a satisfação com a intervenção (no questionário pós). As perguntas avaliavam o grau de concordância, numa escala de Likert de 1 (mínimo) a 5 (máximo). Havia também questões de satisfação de resposta aberta (no questionário pós).

### **3. RESULTADOS**

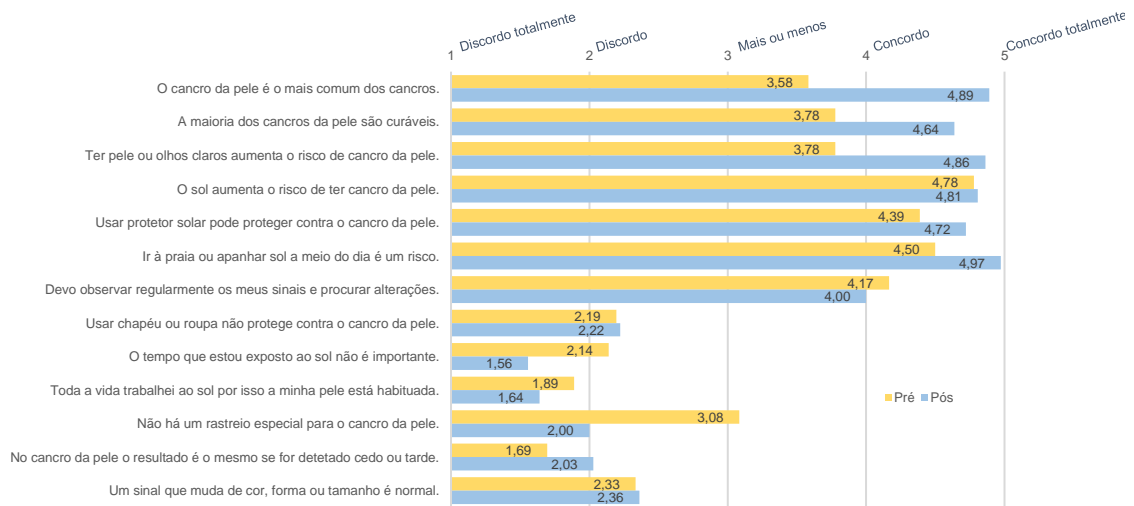
Na caracterização demográfica, a idade média dos 36 participantes foi de 51 anos [intervalo 22-79], os níveis de escolaridade mais frequentes foram o ensino secundário e licenciatura e a maioria era profissionalmente ativo, sendo que um dos grupos era na quase totalidade constituído por reformados (Tabela 1, no anexo). Relativamente a experiências anteriores com cancro, dois participantes responderam já ter tido cancro da mama, mais de metade tiveram familiares ou amigos com cancro (64-67%), sendo o cancro do pulmão o mais referido, seguido do cancro da pele e da mama (Tabela 2, no anexo).

Na avaliação dos conhecimentos foram comparados os resultados pré e pós intervenção. Avaliaram-se os resultados através do cálculo das médias da pontuação das respostas, o que permitiu comparar com o valor de resposta espectral. 7 das 13 questões deveriam ter uma resposta concordante, ou seja 5 (valor máximo), enquanto as restantes perguntas deveriam ter resposta discordante, ou seja, 1 (valor mínimo). Da análise dos resultados globais, verifica-se que as respostas já tinham a tendência desejada e pós-intervenção a média aproxima-se mais da resposta desejada. A resposta com maior variação foi sobre a prevalência do cancro da pele e a resposta com menos variação foi sobre o vestuário (Figura 1).

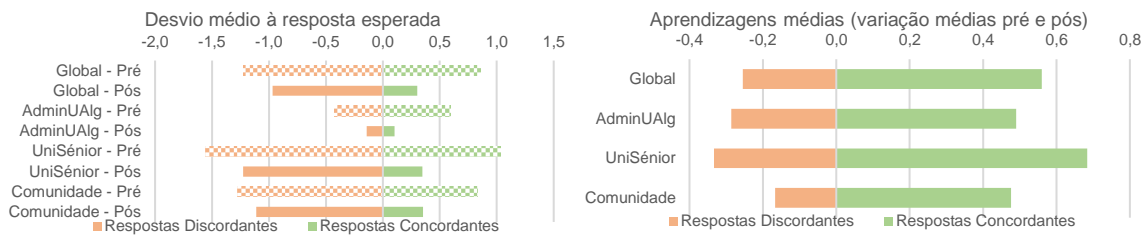
Para avaliar com mais detalhe as variações dos resultados e poderem ser feitas comparações entre os 3 grupos de participantes nos quais se fizeram intervenções, optou-se por agrupar as médias das respostas concordantes e das respostas discordantes e observar os desvios e variações encontradas (Figura 2). Os desvios inferiores no questionário pós-intervenção indicam que a intervenção foi eficaz no global. Da combinação de ambas as representações, conclui-se que o grupo da universidade sénior aparenta ter maior aprendizagem, contudo o grupo de administrativos da universidade do algarve tem uma baixa variação, por já ter um ponto de partida de maior literacia. Verifica-se também que ambos os grupos de menor literacia mostram um desvio ao esperado muito maior para respostas discordantes e todos os grupos têm maior aprendizagem nas respostas concordantes.

As respostas ao questionário de satisfação com a intervenção de literacia em saúde foram muito concordantes, entre 94 a 100% nos níveis 4 e 5, ou seja concordo ou concordo totalmente (Tabela 3, no anexo).

**Figura 1** – Médias globais das respostas dos participantes pré e pós intervenção: conhecimentos sobre cancro da pele. A amarelo os resultados pré-intervenção e a azul pós-intervenção. As primeiras 7 questões deveriam ter resposta 5 (concordante), enquanto as últimas 6 deveriam ter resposta 1 (discordante)



**Figura 2** – Desvios à resposta esperada e aprendizagens efetuadas. Nestas representações gráficas as perguntas foram agrupadas nas categorias de resposta concordante e discordante, e para cada uma a média das médias globais foram calculadas. Para além da avaliação global, comparam-se os diferentes grupos. Em ambos os gráficos, o verde representa as repostas concordantes, de pontuação esperada 5, e o laranja representa as discordantes, de pontuação esperada 1. O gráfico à esquerda representa os desvios da média à resposta esperada. Neste caso, a cor a ponteados representa os resultados pré intervenção e a cor sólida os pós. O gráfico à direita sumariza as aprendizagens globais e de cada grupo, ou seja, explicita a variação entre os questionários pré e pós intervenção, facilitando assim a análise comparativa.



## 4. CONCLUSÕES

O sucesso das ações de literacia em saúde correlaciona-se com a prevenção de doenças e capacidade de ação do individuo sobre o seu contexto. De acordo com os conteúdos publicados sobre esta temática, o utente com maior grau de literacia, tem maior capacidade de ter melhor qualidade de vida, diminuindo as comorbilidades que possa vir a ter no futuro, bem como reduzir os encargos para si e para o SNS.

Foi nesta perspetiva que a intervenção de literacia em saúde sobre o cancro da pele visou promover a capacitação de um grupo de pessoas da região do algarve central, podendo ser uma mais-valia na prevenção e identificação precoce do cancro da pele na comunidade.

Com o sucesso atingido nesta intervenção consideramos que mais ações nesta área da literacia em saúde sejam dinamizadas com maiores ganhos em saúde para a população.

## BIBLIOGRAFIA

ACeS Algarve I. (2017). Plano Local Saúde Algarve Central 2015-2019 (atualização 2017). [https://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2019/01/plano\\_local\\_saude\\_outubro\\_2017\\_aces\\_central.pdf](https://www.arsalgarve.min-saude.pt/wp-content/uploads/sites/2/2019/01/plano_local_saude_outubro_2017_aces_central.pdf) Acedido a 10/08/2022.

Direção-Geral da Saúde. (2017). Modelo de Governação a 2020 Plano Nacional Saúde e Programas de Saúde Prioritários. <http://saudementalpt.pt/backoffice/pdfs/c6bb861915.pdf> Acedido a 10/08/2022.

Direção-Geral da Saúde. (2019). Plano de Ação para a Literacia em Saúde 2019-2021. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021.aspx> Acedido a 24/10/2022.

Direção-Geral da Saúde. (2021). Plano Nacional de Saúde 2021-2030 Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s. [https://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2022/03/PNS-21-30\\_Versao-editada-1\\_Final\\_DGS.pdf](https://1nj5ms2lli5hdggbe3mm7ms5-wpengine.netdna-ssl.com/files/2022/03/PNS-21-30_Versao-editada-1_Final_DGS.pdf) Acedido a 10/08/2022.

Organização Mundial da Saúde. (1998). Health promotion glossary. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1> Acedido a 24/10/2022.

## ANEXO

**Tabela 1** – Caracterização demográfica da população

<b>Categoria</b>		<b>AdminUAlg</b>	<b>UniSénior</b>	<b>Comunitário</b>	<b>Global</b>
<b>Participantes</b>	n	7	14	15	36
<b>Idade</b>	Média	50	67	38	51
	Gama	[41-57]	[47-79]	[22-61]	[22-79]
<b>Escolaridade*</b>	Moda	L/M	12º	9º/12º	12º/L
	Gama	[L-D]	[12º-L]	[4ª-M]	[4ª-D]
	N/A	0	4	3	7
<b>Profissão</b>	Moda (n)	Técnico Superior (4)	CTT (2)	Vendedora ambulante (3)	Técnico Superior (4)
	N/A	0	6	3	9
<b>Reformado</b>	n	0	13	0	13

Notas: N/A corresponde ao número de participantes que não respondeu a esta questão;

\* 1ª-4ª e 6º-12º corresponde aos anos de escolaridade, L = Licenciatura, M = Mestrado, D = Doutoramento.

**Tabela 2 – Experiência dos participantes com cancro**

Questões			AdminUAIG		UniSénior		Comunitário		Global	
<b>Participantes</b>	<b>n</b>	<b>%<sup>a</sup></b>	<b>7</b>	<b>19%</b>	<b>14</b>	<b>39%</b>	<b>15</b>	<b>42%</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>
<b>Já teve cancro?</b>	<b>n</b>	<b>%<sup>b</sup></b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>2</b>	<b>14%</b>	<b>0</b>	<b>0%</b>	<b>2</b>	<b>6%</b>
<b>Familiares com cancro?</b>	<b>n</b>	<b>%<sup>b</sup></b>	<b>4</b>	<b>57%</b>	<b>11</b>	<b>79%</b>	<b>8</b>	<b>53%</b>	<b>23</b>	<b>64%</b>
<b>Amigos com cancro?</b>	<b>n</b>	<b>%<sup>b</sup></b>	<b>7</b>	<b>100%</b>	<b>9</b>	<b>64%</b>	<b>8</b>	<b>53%</b>	<b>24</b>	<b>67%</b>
<b>Qual(is)?</b>	Próprio (n)		<sup>3</sup> / <sub>4</sub>		Mama (2)		<sup>3</sup> / <sub>4</sub>		Mama (2)	
	Outros – Moda (n, %)		Pele (3, 43%)		Pulmão (3, 21%)		Pulmão (3, 20%) / Mama (3, 20%)		Pulmão (8, 22%)	
	N/A		0		6		8		14	

Legenda: N/A - número de participantes que não respondeu a esta questão;

<sup>a</sup> % de participantes calculada sobre o total

<sup>b</sup> % participantes calculadas para cada grupo e apenas na coluna “Global” sobre o total

**Tabela 3 – Resultados do inquérito de satisfação dos questionários pós-intervenção**

Questões	Concordo	Muito	Total (concordo + muito)		Total participantes
<b>Gostou deste evento?</b>	<b>5</b>	<b>30</b>	<b>35</b>	<b>97%</b>	<b>36</b>
<b>Achou as explicações claras?</b>	<b>3</b>	<b>31</b>	<b>34</b>	<b>94%</b>	<b>36</b>
<b>Gostou da conversa?</b>	<b>3</b>	<b>33</b>	<b>36</b>	<b>100%</b>	<b>36</b>
<b>Recomendaria a outros?</b>	<b>3</b>	<b>32</b>	<b>35</b>	<b>97%</b>	<b>36</b>

Legenda: Resultados em nº de participantes, % sobre o total de respostas



## Filhos de pessoas com doença mental e programas de intervenção multidisciplinar em literacia em saúde – uma revisão narrativa das experiências internacionais e portuguesas

*Children of parents with a mental illness and multidisciplinary intervention programs in health literacy – a narrative review of international and portuguese experiences*

**Mara Pinto** 

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa  
[marapintopedopsiquiatria@gmail.com](mailto:marapintopedopsiquiatria@gmail.com)

**Carla Maia** 

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa  
[60672@chts.min-saude.pt](mailto:60672@chts.min-saude.pt)

**Conflito de interesses:** nada a declarar. **Financiamento:** nada a declarar.

Histórico:

**Submissão | Received:** 15/08/2022

**Aprovação | Accepted:** 24/11/2022

**Publicação | Published:** 23/12/2022



Todo o conteúdo do **JIM – Jornal de Investigação Médica** é licenciado sob *Creative Commons*, a menos que especificado de outra forma e em conteúdo recuperado de outras fontes bibliográficas.

## RESUMO

---

A literacia em saúde mental é fundamental em qualquer população e faixa etária, mas os estudos têm evidenciado que os seus níveis são globalmente baixos. Tal também se verifica nos filhos de pessoas com doença mental, um grupo de elevado risco pela exposição diária a stressores psicológicos, biológicos e sociais, os quais aumentam o risco para o desenvolvimento de perturbações mentais bem como de medos e dúvidas específicos. Apesar disso, as necessidades singulares deste grupo são muitas vezes subvalorizadas ao nível da comunidade geral, escolar, serviços especializados de saúde mental e estudos científicos, pelo que o nosso objetivo consistiu na identificação e descrição de programas de intervenção na literacia em saúde mental dirigidos a esta população através de uma revisão narrativa da literatura. A nível internacional, existem vários programas que diferem no tempo dedicado a cada um dos componentes da literacia em saúde mental, no público-alvo e no desenho do programa. Em Portugal foram identificados dois programas específicos, “Semente” e “Gente Feliz com Lágrimas”, que permitem a identificação destas famílias em risco e o aumento da literacia em saúde mental nas mesmas e nos profissionais de saúde.

**Palavras-Chave:** Literacia em Saúde Mental, Filhos de Pessoas com Doença Mental, Saúde Mental, Doença Mental, Psiquiatria da Infância e da Adolescência

## ABSTRACT

---

Mental health literacy is essential in any population and age group, but studies have shown that its levels are globally low. Such is the case of the children of parents with a mental illness, a group at high-risk due to daily exposure to psychological, biological and social stressors, which increase the risk for the development of mental disorders as well as fears and doubts. Despite this, the unique needs of this group are often undervalued at the level of the community, school, specialized mental health services and scientific studies. Our aim was to identify and describe intervention programs in mental health literacy in this population through a narrative review of the literature. Internationally there are several programs that differ in the time devoted to each of the components of mental health literacy, in the target audience and in the program design. In Portugal, two specific programs were identified, “Semente” and “Gente Feliz com Lágrimas”, which allow the identification of these families at risk and the increase of their mental health literacy and of health professionals.

**Keywords:** Mental Health Literacy, Children of Parent With a Mental Illness, Mental Health, Metal Illness, Child and Adolescent Psychiatry

# 1. INTRODUÇÃO

---

O termo “literacia em saúde mental” (LSM) foi introduzido em 1997 por Jorm e os seus colaboradores para se referir ao “conhecimento e crenças sobre as perturbações mentais que ajudam no seu reconhecimento, gestão e prevenção” (Jorm et al., 1997). Em 2016, Kutcher et al. publicaram uma definição mais abrangente, que engloba quatro componentes principais: compreender como obter e manter uma boa saúde mental; compreender as perturbações mentais e os seus tratamentos; diminuir o estigma associado à doença mental; e aumentar a eficácia da procura de ajuda (saber quando, onde e como obter bons cuidados de saúde mental e desenvolver as competências necessárias para o autocuidado) (Kutcher, Wei, Costa, et al., 2016).

Independentemente da definição de LSM e da população estudada, a investigação tem sugerido que os níveis de LSM são baixos (Jorm, 2000; Kutcher et al., 2016). Sendo esta uma constatação preocupante em qualquer faixa etária, existem alguns grupos populacionais em que, pelas suas características, especial vulnerabilidade e elevado risco, as consequências de baixos níveis de LSM são especialmente danosas a curto, médio e longo prazo. Um exemplo disso é o grupo dos filhos de pessoas com doença mental, com estudos a apontar que, a nível mundial, 15 a 23% das crianças e adolescentes vivem com pelo menos um progenitor com doença mental (Leijdesdorff et al., 2017; Reupert & Maybery, 2009). Os filhos de pessoas com doença mental enfrentam diariamente diversos stressores psicológicos, biológicos e sociais que aumentam o seu risco pessoal para o desenvolvimento de perturbações mentais. Efetivamente os filhos de pais com uma doença mental grave, conceito que habitualmente inclui esquizofrenia, perturbação depressiva major, perturbação bipolar e perturbação *borderline* de personalidade grave, têm uma probabilidade de 50% de desenvolver qualquer perturbação mental e de 32% de desenvolver uma doença mental grave, o que é mais do dobro do que se verifica nas crianças sem essa experiência parental (Leijdesdorff et al., 2017). Vários fatores vão influenciar este risco de desenvolvimento de problemas emocionais e/ou comportamentais nos filhos de pessoas com doença mental, incluindo fatores individuais (criança e progenitor), gravidade e cronicidade da doença mental, e contexto familiar. Mesmo numa situação de estabilidade familiar, podem surgir circunstâncias de elevado impacto, como o internamento da pessoa com doença mental e a necessidade de a criança/adolescente mudar de residência de forma temporária ou mais duradoura. É de destacar ainda o efeito negativo das adversidades impostas pelo contexto social, como o desemprego, o isolamento social e o próprio estigma em relação à doença mental (Reupert et al., 2013). Tendo em conta estas particularidades, não é infrequente as crianças poderem ter um papel de cuidadores dos seus pais ou esconderem os seus sentimentos e dúvidas sobre a doença mental dos pais, podendo desenvolver crenças erradas. Estas crianças também costumam ter preocupações e medos específicos,

relacionados com a sua situação familiar, tais como se vão desenvolver o mesmo problema de saúde mental dos pais, se os pais vão necessitar de ficar permanentemente internados ou até mesmo se eles (filhos) são a causa da doença mental dos seus pais (Pitman & Matthey, 2004). Apesar disso, as necessidades específicas deste grupo são muitas vezes subvalorizadas ao nível da comunidade geral e escolar, mas também pelos próprios serviços especializados de saúde mental. Tal também fica evidente na escassez de trabalhos que descrevem programas de promoção de LSM dirigidos às crianças e aos adolescentes filhos de pessoas com doença mental e suas famílias. Neste trabalho pretendemos identificar e descrever programas de intervenção para promover a LSM nesta população. Para dar resposta a esse objetivo realizou-se uma revisão narrativa da literatura dirigida à questão “que programas contribuem para a promoção da LSM nos filhos de pessoas com doença mental?”. A nossa pesquisa foi realizada na base de dados MEDLINE, através da plataforma PubMed, em agosto de 2022, e no Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal (RCAAP), em novembro de 2022, limitada a publicações em português e inglês no período temporal dos últimos 20 anos. Foram utilizados os seguintes termos de pesquisa em combinação: “mental health literacy”, “children of parents with a mental illness”, “programs”, “psychiatry”. Adicionalmente a experiência clínica dos autores e das suas redes profissionais foi utilizada para identificar outros programas não encontrados através dos critérios anteriores. Foram incluídos apenas os programas com foco específico em crianças cujos pais têm uma doença mental, com exclusão dos programas de parentalidade dirigidos a essa população. As intervenções dirigidas especificamente a crianças com psicopatologia também foram excluídas. Optou-se pela inclusão de programas familiares desde que estes incluíssem as crianças na intervenção. Por último, os programas identificados neste trabalho foram divididos em duas vertentes: internacional e nacional.

### **ESTUDOS INTERNACIONAIS**

Foram encontrados programas dirigidos a filhos de pessoas com doença mental com origem em diferentes países, a maioria deles de carácter breve e com especificidades definidas de acordo com o objetivo comum de promover a LSM neste grupo. O conceito de doença mental parental incluiu para a maioria dos programas perturbações psiquiátricas diversas, sendo que apenas um estudo englobou também o uso de substâncias psicoativas parental.

O programa SMILES (*Simplifying Mental Illness + Life Enhancement Skills*), dirigido a crianças entre 8 e 16 anos de idade que tenham pais ou irmãos com doença mental, é uma intervenção com a duração de três dias consecutivos que tem como objetivos aumentar o conhecimento das crianças sobre doença mental e treinar competências que possam ser benéficas para lidar com as suas famílias. Num estudo publicado em 2004, os autores verificaram que esses dois objetivos do programa foram atingidos ao nível das

crianças, sendo que também os pais referiram notar um efeito benéfico da intervenção nos seus filhos (Pitman & Matthey, 2004).

Num outro artigo mais abrangente sobre 26 programas para filhos de pessoas com doença mental na Austrália, os autores concluíram que essas intervenções eram primariamente preventivas e de suporte (Reupert et al., 2013; Reupert & Maybery, 2009). Os programas tinham públicos-alvo diferentes em termos etários, sendo a maioria destinado a crianças entre os 8 e 13 anos que não apresentavam problemas psicológicos e que viviam nas áreas urbanas. No global os programas tinham como objetivos criar oportunidades para interação social com pares, melhoria das estratégias de *coping* e da autoestima, compreensão da doença mental e descanso do papel de prestação de cuidados, o que engloba a maioria dos componentes do conceito da LSM. Contudo, a avaliação dos efeitos desses programas estava comprometida pela falta de instrumentos validados e, em alguns casos, ausência da perspectiva de satisfação das próprias crianças (Reupert & Maybery, 2009). Anos mais tarde, também na Austrália, foi avaliada uma intervenção em formato DVD, chamada *Family Focus* (baseada na *Family Talk Intervention* de Beardslee e colegas), que englobava duas seções: a primeira para os pais com diagnóstico de depressão e/ou ansiedade e a segunda para os seus filhos menores (Beardslee et al., 2013; Grove et al., 2015). A intervenção das crianças destinava-se a fornecer informação, apropriada para a idade, sobre depressão e ansiedade, corrigir mitos e crenças sobre doença mental, e fornecer estratégias de *coping* e de procura de ajuda às crianças. Como benefícios da intervenção avaliada no estudo nas crianças filhas de pessoas com depressão e/ou ansiedade, os autores identificaram uma desmistificação da doença mental com melhoria no conhecimento sobre a mesma e uma compreensão aprofundada sobre o que se passava com os seus pais. Contudo, não verificaram alterações ao nível dos comportamentos de procura de ajuda externos, tendo os autores associado isso a uma noção de secretismo do diagnóstico parental que poderia inibir a criança de abordar o assunto fora do contexto familiar (Grove et al., 2015).

Numa área geográfica diferente, Canadá, Gladstone e colaboradores analisaram um programa psicoeducativo de oito semanas, *The Children's Group*, dirigido a crianças de idade escolar. O programa tinha como foco a educação sobre doença mental, mas também a expressão de sentimentos difíceis sobre ser filho de pessoas com doença mental, tendo o recurso ao humor sido essencial para atingir esses objetivos (Gladstone et al., 2014)

Uma outra intervenção focada na família foi desenvolvida na Holanda e difundida para outros países – *Child Talks* (Kristensen et al., 2022; Reedtz et al., 2019; Van Doesum et al., 2019). É uma intervenção breve, desenhada para ser oferecida pelos profissionais de saúde mental de adultos a todos os pais com doença mental e/ou uso de substâncias psicoativas, que consiste em três conversas psicoeducativas com os pais e os seus filhos, uma delas conjunta, para abordar o diagnóstico de doença mental e o funcionamento da família.

Por último, num estudo publicado em 2021, Cavanaugh e colabores enfatizaram o potencial dos recursos *online* em LSM, especialmente nos adolescentes. Estas ferramentas *online* permitem um acesso fácil e rápido a informação sobre LSM e a recursos de intervenção em crise. Contudo, muitos dos conteúdos avaliados pelos autores tinham um âmbito geral e, como tal, apresentavam a lacuna de não abordar as circunstâncias singulares dos filhos de pessoas com doença mental (Cavanaugh et al., 2021).

### **ESTUDOS E EXPERIÊNCIAS NACIONAIS**

Em Portugal foi possível identificar o programa “Semente”, desenvolvido pelo Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca, que permite a identificação das crianças e adolescentes filhos de pessoas com doença mental e suas famílias, tendo também como objetivos a promoção de saúde mental e de fatores de proteção e a diminuição do impacto dos fatores de risco (Van Doesum et al., 2019). O programa também se foca na sensibilização dos profissionais para a vulnerabilidade do grupo dos filhos de pessoas com doença mental e, nesse contexto, permite a formação e treino de profissionais em intervenções preventivas, como por exemplo nas já referidas *Child Talks*, e consequentemente a disseminação de LSM a vários públicos e contextos (Van Doesum et al., 2019).

O Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa (CHTS) tem vindo a desenvolver esforços para identificar os filhos de pessoas com doença mental e promover a LSM nesse grupo de elevado risco. Para atingir esse objetivo têm sido fortalecidas a articulação e a colaboração de proximidade com os cuidados de saúde mental do adulto, os cuidados de saúde primários e as comissões de proteção de crianças e jovens. Apenas através de um trabalho multidisciplinar integrado é possível sinalizar as famílias em risco e assim fornecer as intervenções que lhes possam ser úteis ou necessárias. O Serviço tem investido na psicoeducação das crianças e adolescentes filhos de pessoas com doença mental e suas famílias a nível individual e grupal. A nível individual, em contexto de consulta externa, é promovido o diálogo, o esclarecimento de dúvidas, a promoção de uma saúde mental positiva e um espaço seguro para a verbalização de sentimentos. Também têm sido criados panfletos e outros materiais dirigidos aos filhos de pais com saúde mental e suas famílias, sendo o exemplo mais recente dirigido aos novos desafios familiares trazidos pelos períodos de confinamento geral no contexto da pandemia COVID-19. A um nível grupal, o projeto “Gente Feliz com Lágrimas” é o nome da adaptação, realizada pelo Serviço, do programa *Kidstime* ao contexto hospitalar da região do Tâmega e Sousa. O programa *Kidstime*, desenvolvido em 1999, é um programa de intervenção de abordagem social e educativa com carácter não terapêutico para filhos de pessoas com doença mental com idades compreendidas entre os 5 e os 18 anos, com ou sem psicopatologia (Henner Spierling et al., 2019). O projeto “Gente Feliz com Lágrimas”, inicialmente de carácter mensal e posteriormente mais

espaçado por dificuldades logísticas das famílias (períodos de férias escolares), consiste num grupo aberto, com tamanho ideal entre as 10 e as 15 famílias, de carácter não obrigatório, e onde a figura parental com doença mental pode não estar presente. Os objetivos do projeto incluem, ao nível das crianças e adolescentes, a promoção do conhecimento sobre doença mental, a expressão dos medos e confusão sobre doença mental dos seus pais, e a promoção de uma saúde mental positiva. Ao nível dos pais com doença mental, pretende-se ajudar a encontrar formas de discutir com os filhos a sua doença e a melhorar a confiança nas suas competências parentais. As sessões são dinamizadas por uma equipa multidisciplinar composta por uma psiquiatra da infância e da adolescência, uma psiquiatra, uma psicóloga e uma enfermeira. As sessões deste projeto habitualmente têm um tema que serve de fio condutor aos vários momentos da sessão. A estrutura habitual das sessões envolve quatro momentos: breve seminário conjunto com as famílias (com apresentação, dinâmica de aquecimento e discussões de alguns aspetos da saúde e/ou doença mental); separação em dois grupos (crianças e familiares); reunião de todos os presentes com tempo de convívio e partilha das atividades realizadas pelas crianças e pelos familiares; e despedida. Embora nenhuma avaliação formal do impacto desta intervenção tenha sido realizada até ao momento, tanto as crianças/ adolescentes como as suas famílias têm verbalizado um efeito positivo das sessões ao nível da sua LSM, bem-estar e comunicação intrafamiliar.

## 2. CONCLUSÕES

A promoção da LSM é uma área extremamente importante no que concerne os filhos de pessoas com doença mental, independentemente da sua idade. Existem vários programas já descritos que têm o objetivo de promover a LSM neste grupo, diferindo no tempo dedicado a cada um dos componentes desse conceito e também no seu público-alvo (apenas os filhos vs. pais e filhos). Apesar disso, todos eles, em menor ou maior grau e de forma direta ou indireta, abordam com as crianças e adolescentes o conhecimento sobre perturbações mentais, o estigma, os comportamentos de procura de ajuda e a saúde mental positiva. A comparação entre programas é dificultada por questões metodológicas, incluindo falta de instrumentos de avaliação validados. Em Portugal foram identificados o programa “Semente” (Serviço de Psiquiatria do Hospital Fernando Fonseca), o qual permite o aumento da LSM ao nível das famílias e dos profissionais de saúde, e o projeto “Gente Feliz com Lágrimas” dinamizado pelo Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa. O impacto positivo da intervenção de grupo “Gente Feliz com Lágrimas” tem sido reportado de forma subjetiva pelas crianças, jovens e suas famílias, nomeadamente ao nível da LSM, do bem-estar e da comunicação intrafamiliar. Em suma, pelo seu elevado risco, mas enorme

potencial, os filhos de pessoas com doença mental devem ser um dos alvos preferenciais das intervenções promotoras de LSM, tornando-se premente a divulgação em meio científico e clínico dos programas já criados, a validação de instrumentos de avaliação e a realização de estudos comparativos que permitam compreender as estratégias mais eficazes nessa população.

## **BIBLIOGRAFIA**

---

- Beardslee, W. R., Solantaus, T. S., Morgan, B. S., Gladstone, T. R., & Kowalenko, N. M. (2013). Preventive interventions for children of parents with depression: international perspectives. *The Medical Journal of Australia*, 199(3 Suppl). <https://doi.org/10.5694/MJA11.11289>
- Cavanaugh, D. L., Riebschleger, J., & Tanis, J. M. (2021). Mental health literacy websites for children of parents with a mental illness. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 26(3), 720–733. <https://doi.org/10.1177/13591045211005514>
- Gladstone, B. M., McKeever, P., Seeman, M., & Boydell, K. M. (2014). Analysis of a support group for children of parents with mental illnesses: managing stressful situations. *Qualitative Health Research*, 24(9), 1171–1182. <https://doi.org/10.1177/1049732314528068>
- Grove, C., Reupert, A., & Maybery, D. (2015). Gaining knowledge about parental mental illness: how does it empower children? *Child & Family Social Work*, 20(4), 377–386. <https://doi.org/10.1111/CFS.12086>
- Henner Spierling, K., Tahta-Wraith, K., Kulikowska, H., & Cunnane, D. (2019). KidsTime Workshops: Strengthening Resilience of Children of Parents with a Mental Illness. In *Family Therapy - New Intervention Programs and Researches*. IntechOpen. <https://doi.org/10.5772/INTECHOPEN.87017>
- Jorm, A. (2000). Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 177(NOV.), 396–401. <https://doi.org/10.1192/BJP.177.5.396>
- Jorm, A., Korten, A., Jacomb, P., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). “Mental health literacy”: a survey of the public’s ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *The Medical Journal of Australia*, 166(4), 182–186. <https://doi.org/10.5694/J.1326-5377.1997.TB140071.X>

- Kristensen, K. B., Lauritzen, C., & Reedtz, C. (2022). Support for Children of Parents With Mental Illness: An Analysis of Patients' Health Records. *Frontiers in Psychiatry*, 13, 345. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2022.778236/BIBTEX>
- Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental Health Literacy: Past, Present, and Future. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 61(3), 154–158. <https://doi.org/10.1177/0706743715616609>
- Leijdesdorff, S., Van Doesum, K., Popma, A., Klaassen, R., & Van Amelsvoort, T. (2017). Prevalence of psychopathology in children of parents with mental illness and/or addiction: an up to date narrative review. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(4), 312–317. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000341>
- Pitman, E., & Matthey, S. (2004). The SMILES program: a group program for children with mentally ill parents or siblings. *The American Journal of Orthopsychiatry*, 74(3), 383–388. <https://doi.org/10.1037/0002-9432.74.3.383>
- Reedtz, C., van Doesum, K., Signorini, G., Lauritzen, C., van Amelsvoort, T., van Santvoort, F., Young, A. H., Conus, P., Musil, R., Schulze, T., Berk, M., Stringaris, A., Piché, G., & de Girolamo, G. (2019). Promotion of Wellbeing for Children of Parents With Mental Illness: A Model Protocol for Research and Intervention. *Frontiers in Psychiatry*, 10, 606. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2019.00606>
- Reupert, A. E., J Maybery, D., & Kowalenko, N. M. (2013). Children whose parents have a mental illness: prevalence, need and treatment. *The Medical Journal of Australia*, 199(3 Suppl), S7–S9. <https://doi.org/10.5694/MJA11.11200>
- Reupert, A. E., & Maybery, D. J. (2009). A “snapshot” of Australian programs to support children and adolescents whose parents have a mental illness. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 33(2), 125–132. <https://doi.org/10.2975/33.2.2009.125.132>
- Van Doesum, K., Maia, T., Pereira, C., Loureiro, M., Marau, J., Toscano, L., Lauritzen, C., & Reedtz, C. (2019). The impact of the “SEMENTE” program on the family-focused practice of mental health professionals in Portugal. *Frontiers in Psychiatry*, 10(MAY), 305. <https://doi.org/10.3389/FPSYT.2019.00305/BIBTEX>



## Literacia em saúde mental nos adolescentes – potencialidades, desafios e o papel dos serviços de saúde mental hospitalares

*Mental health literacy in adolescents – potentialities, challenges, and the role of hospital-based mental health services*

**Mara Pinto** 

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa  
[marapintopedopsiquiatria@gmail.com](mailto:marapintopedopsiquiatria@gmail.com)

**Carla Maia** 

Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa  
[60672@chts.min-saude.pt](mailto:60672@chts.min-saude.pt)

**Conflito de interesses:** nada a declarar. **Financiamento:** nada a declarar.

Histórico:

**Submissão | Received:** 15/08/2022

**Aprovação | Accepted:** 24/11/2022

**Publicação | Published:** 23/12/2022



Todo o conteúdo do **JIM – Jornal de Investigação Médica** é licenciado sob *Creative Commons*, a menos que especificado de outra forma e em conteúdo recuperado de outras fontes bibliográficas.

## RESUMO

Os estudos têm evidenciado que os níveis de literacia em saúde mental são baixos independentemente da população estudada. Sabemos que a adolescência é uma fase crítica de transição e de adaptação à realidade, tornando-se uma altura propensa para o surgimento de possíveis situações de sofrimento psicológico, as quais podem evoluir para perturbações mentais. No caso dos adolescentes o impacto de uma insuficiente literacia em saúde mental é preocupante dada a prevalência significativa de problemas saúde mental e as consequências potencialmente graves de um atraso na procura de ajuda ou do uso de estratégias ou recursos desajustados. Os programas de intervenção em literacia em saúde mental nos adolescentes, estudados sobretudo em contexto escolar, parecem ter resultados positivos nos níveis de literacia em saúde mental nessa faixa etária, mas existem várias limitações ao nível da avaliação e própria intervenção que inviabilizam uma comparação válida entre programas. Por outro lado, os espaços de debate destinados aos próprios jovens e o contexto dos cuidados de saúde mental hospitalares, embora pouco reportados na literatura, podem ter um papel importante na promoção da literacia em saúde mental, como ilustrado pela experiência de um Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do norte do país.

**Palavras-Chave:** Literacia em Saúde Mental, Adolescentes, Saúde Mental, Doença Mental, Psiquiatria da Infância e da Adolescência

## ABSTRACT

Evidence suggests that mental health literacy levels are low regardless of the population studied. It is known that adolescence is a critical phase of transition and adaptation to reality, becoming a time prone to the emergence of possible situations of psychological suffering, which can evolve into mental disorders. In the case of adolescents, the impact of insufficient mental health literacy is worrying given the significant prevalence of mental health problems and the potentially serious consequences of a delay in seeking help or the use of inappropriate strategies or resources. Mental health literacy programs for adolescents, studied mainly in schools, seem to have positive results in the levels of mental health literacy in this age group, but there are several limitations in terms of evaluation and intervention that make a valid comparison between programs unfeasible. On the other hand, mental health practice, although little reported in the literature regarding mental health literacy programs, can play an important role in the promotion of mental health literacy, as illustrated by the experience of a Child and Adolescent Psychiatry Service in the north of Portugal.

**Keywords:** Mental Health Literacy, Adolescents, Mental Health, Mental Illness, Child and Adolescent, Psychiatry

# 1. INTRODUÇÃO

---

A adolescência é uma etapa de desenvolvimento que envolve diversas transformações físicas, psíquicas, afetivas e sociais. A realização bem-sucedida das várias tarefas desta fase do desenvolvimento leva à autonomia do jovem em relação à família e à construção de uma identidade, o que marca o final da adolescência. Contudo, devido a todas estas mudanças e desafios, a adolescência é uma fase crítica de transição e de adaptação à realidade, tornando-se uma altura propensa para o surgimento de possíveis situações de sofrimento psicológico, as quais podem evoluir para perturbações mentais. Estudos sugerem que metade dos indivíduos que apresentam uma doença mental experienciaram o seu primeiro episódio antes dos 18 anos, com repercussões negativas e muitas vezes graves a nível individual, familiar, educativo e social (Kutcher, Wei, & Coniglio, 2016).

Vários trabalhos têm sinalizado o impacto da perceção de pressão do próprio, terceiros e sociedade na saúde mental de adultos e adolescentes (Dejonckheere et al., 2017, 2022; Gentzler et al., 2019; Jiayao, 2022; McGuirk et al., 2018). Alguns trabalhos focam-se na pressão e exigência a nível académico provenientes de várias fontes (o próprio adolescente, pares, pais, familiares, professores e sociedade), verificando-se uma correlação positiva entre stress académico e depressão/ ansiedade nessa faixa etária e uma correlação negativa com atividade física e sono (Hosseinkhani et al., 2020; Jiayao, 2022). Outros trabalhos enfatizam a importância que algumas sociedades, especialmente as ocidentais, atribuem à felicidade como objetivo de vida, considerando sentimentos negativos, como tristeza ou ansiedade, como mal adaptativos e indesejados. Estudos com adultos e adolescentes sinalizam, contudo, que uma valorização e procura excessiva da felicidade está associada a níveis superiores de sintomas depressivos e a um menor bem-estar subjetivo (Dejonckheere et al., 2017, 2022; Gentzler et al., 2019; McGuirk et al., 2018). Efetivamente tanto a cultura de exigência e de eficiência como a “cultura da felicidade” promovidas direta e indiretamente pela sociedade e, muitas vezes, internalizadas pelos adolescentes, têm um impacto inegável na saúde mental, verificado nos resultados de trabalhos científicos e na prática clínica pediátrica.

O termo “literacia em saúde mental” (LSM) foi introduzido em 1997 por Jorm e os seus colaboradores para se referir ao “conhecimento e crenças sobre as perturbações mentais que ajudam no seu reconhecimento, gestão e prevenção” (Jorm et al., 1997). Têm sido reportados níveis de LSM baixos, independentemente da população considerada (Jorm, 2000). No caso dos adolescentes, o impacto de níveis baixos de LSM é particularmente preocupante tendo em conta que este grupo apresenta uma prevalência significativa de dificuldades do foro emocional e/ou comportamental, incluindo perturbações mentais. Estudos com adolescentes apontam dificuldades significativas no reconhecimento de problemas de saúde mental (seja no próprio ou em terceiros), atraso na procura de ajuda,

uso de recursos e de estratégias desajustados, bem como dificuldades de comunicação com profissionais de saúde e preferência por fontes informais como o grupo de pares ou a família (Loureiro et al., 2013, 2015). Como tal, numa primeira parte, este trabalho tem como objetivo resumir a evidência mais recente ao nível da LSM em adolescentes. Numa segunda parte, tendo como guia de boas práticas a evidência anterior, o nosso objetivo é uma partilha crítica da experiência de um Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do norte do país na promoção da LSM nos adolescentes.

Para dar resposta aos objetivos propostos, realizou-se uma revisão narrativa da literatura dirigida à questão “qual é a evidência mais recente publicada sobre avaliação, intervenção e barreiras ao nível da LSM em adolescentes?”. A nossa pesquisa foi realizada na base de dados MEDLINE, através da plataforma PubMed, e incluiu publicações em português e inglês nos últimos 10 anos, tendo sido utilizados os seguintes termos de pesquisa em combinação: “mental health literacy”, “adolescents”, “programs”, “school”, “community”, “barriers”, “stigma”, “psychiatry”. Na segunda parte do trabalho é realizada uma descrição objetiva das iniciativas psicoeducativas destinadas à promoção da LSM nos adolescentes desenvolvidas pelo referido Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência.

## **2. DESENVOLVIMENTO**

### **A EVIDÊNCIA MAIS RECENTE**

Tal como sugerido pela definição de Jorm e colaboradores, inicialmente o conceito de LSM bem como os seus instrumentos de avaliação e programas de intervenção focavam-se no conhecimento e crenças sobre doença mental, não existindo referência a saúde mental nos seus pressupostos (Jorm, 2000; Jorm et al., 1997). Em 2016, Kutcher e colaboradores publicaram uma definição mais abrangente, que engloba quatro componentes principais: compreender como obter e manter uma boa saúde mental; compreender as perturbações mentais e os seus tratamentos; diminuir o estigma associado à doença mental; e aumentar a eficácia da procura de ajuda (saber quando, onde e como obter bons cuidados de saúde mental e desenvolver as competências necessárias para o autocuidado) (Kutcher, Wei, Costa, et al., 2016). Esta inclusão de uma boa saúde mental, ou saúde mental positiva, no conceito de LSM é congruente com definição de saúde mental da Organização Mundial de Saúde, sendo particularmente importante para a vida dos adolescentes a curto, médio e longo prazo.

### **AVALIAÇÃO DA LSM NOS ADOLESCENTES**

Vários dos estudos sobre LSM procuraram avaliar os seus componentes e melhorar os níveis de LSM em diversos públicos-alvo e países, recorrendo para isso a diferentes metodologias. Relativamente à avaliação dos níveis de LSM, a metodologia que tem sido

mais estudada consiste em vinhetas que descrevem diferentes problemas de saúde mental, sendo as mais comuns sobre depressão e esquizofrenia (Loureiro et al., 2013, 2015). Uma das limitações das vinhetas é que se centram em descrições específicas de casos de perturbações mentais, não sendo possível abordar todos os diagnósticos existentes ou avaliar em conjunto todos os componentes do conceito de LSM. Existem outros métodos de avaliação, nomeadamente questionários de escolha múltipla, sendo que alguns estudos combinam os dois tipos de avaliação (vinhetas e questionários).

No que concerne a população adolescente, é de destacar o *Survey of Mental Health Literacy in Young People*, na versão de entrevista, que foi desenhado com intuito de avaliar, em simultâneo, todas as componentes da LSM para diferentes tipos de perturbações. Embora não existam estudos de validação para todas as componentes, a vantagem deste instrumento é permitir a comparação da LSM entre diferentes contextos culturais, sociais e económicos. A nível nacional, a adaptação portuguesa desse questionário – Questionário de Avaliação da Literacia em Saúde Mental, QuALiSMental – é uma medida válida e fidedigna para avaliar a LSM de adolescentes e jovens portugueses (Loureiro, 2015).

É importante realçar, contudo, que a maioria dos estudos e instrumentos de avaliação têm como foco um ou mais dos três componentes clássicos da definição de LSM, isto é, o conhecimento sobre perturbações mentais, o estigma e os comportamentos de procura de ajuda. A investigação sobre o componente mais recente, saúde mental positiva, ainda é escassa, mas está em evolução. Um exemplo disso é um estudo publicado em 2017 com adolescentes noruegueses que confirmou a validade e consistência interna de uma escala que avalia o conhecimento dos jovens sobre os fatores promotores de uma saúde mental positiva – MHPK-10 (Bjørnsen et al., 2017).

### **PROMOÇÃO DA LSM EM ADOLESCENTES**

Os estudos que se focam nos programas e intervenções de promoção da LSM em adolescentes abordam maioritariamente o contexto escolar, sendo pontualmente incluídos trabalhos em contexto comunitário (Nobre et al., 2021; Seedaket et al., 2020). No global é descrito um impacto positivo dos programas nos níveis de LSM, mas também limitações metodológicas que impedem uma comparação válida entre intervenções bem como uma reflexão sobre o efeito a longo prazo visto que em várias não existiu um período de *follow-up*.

Numa revisão publicada em 2021, os autores avaliaram as intervenções com adolescentes em contexto escolar (Nobre et al., 2021). A maioria das intervenções pretendia abordar um ou mais dos componentes de LSM definidos por Kutcher e colaboradores. Tal como descrito nos instrumentos de avaliação, também nas intervenções se verifica que o componente do conhecimento sobre como obter e manter uma boa saúde mental é uma lacuna, tendo um menor foco que os restantes componentes. O público-alvo da maioria

das intervenções era a faixa etária igual ou inferior a 14 anos, visando a intervenção precoce na área da saúde mental. Cerca de metade das intervenções foram dinamizadas pelos professores regulares desses alunos, em contexto de sala de aula, algumas por profissionais exteriores à escola e apenas uma minoria por profissionais de saúde. Em termos de estratégias, os autores verificaram que a maioria das intervenções eram de curta duração, o que pode ser uma vantagem ao nível da gestão dos recursos. Por outro lado, embora as intervenções de curta duração sejam eficazes se o objetivo for aumentar o conhecimento ou a procura de ajuda, é preferível uma intervenção de longa duração se o objetivo for intervir ao nível das atitudes/estigma dos adolescentes. Também pode ser benéfico incluir sessões de reforço para manter os níveis de LSM, bem como o recurso a estratégias interativas em complementaridade a estratégias expositivas.

### **BARREIRAS E FACILITADORES**

Uma revisão sistemática de 2020 identificou o estigma, em primeiro lugar, e as crenças negativas sobre os serviços de saúde mental, em segundo, como as principais barreiras à procura de ajuda pelos adolescentes com problemas comuns de saúde mental (Aguirre Velasco et al., 2020). As barreiras estruturais, como os custos, o tempo de espera e a deslocação aos serviços, tinham sido identificadas numa revisão anterior como as mais relevantes na perspetiva dos pais/cuidadores dos adolescentes. Por outro lado, como facilitadores da procura de cuidados é de realçar experiências prévias positivas com serviços de saúde mental e níveis adequados de LSM (Aguirre Velasco et al., 2020).

Por outro lado, ao nível das barreiras à implementação de programas de intervenção na LSM, são mencionadas as dificuldades na coordenação com os vários intervenientes escolares, a interrupção do currículo letivo e falta de incentivos para os participantes (Nobre et al., 2021). O recurso a metodologias interativas é referido como um facilitador da implementação desses programas, bem como a sua inclusão no próprio currículo letivo.

Uma outra dificuldade mencionada é a falta de formação/ treino dos professores para a implementação de alguns dos programas. Como forma de melhorar essa barreira, é sugerida uma maior intervenção dos profissionais, sobretudo os da área da saúde mental, nos programas de promoção de LSM (Aguirre Velasco et al., 2020; Nobre et al., 2021). A intervenção ativa de profissionais de saúde mental poderia ser benéfica tanto para a implementação dos programas de LSM, mas também na função de consultoria e de formação a professores.

Uma outra barreira a ter em consideração, e indissociável desta problemática, relaciona-se com a cultura de exigência e de eficiência e a “cultura da felicidade” promovidas pela sociedade e internalizadas pelos seus elementos individuais. A evidência sugere que o ambiente social, incluindo a perceção das expectativas sociais, é um fator determinante nos desafios emocionais e comportamentais dos adolescentes e eventuais problemas que

daí possam surgir (Jiayao, 2022). Como tal, quando se cria e aplica um programa de LSM, o contexto específico dos jovens e a sua perceção sobre as dificuldades devem ser tidos em consideração (Seedaket et al., 2020). A intervenção deveria envolver por um lado o trabalho com os jovens e, por outro, uma mudança de paradigma no entendimento dos problemas de saúde mental pelas famílias, escolas e serviços de saúde, com a promoção gradual de uma reflexão crítica sobre os movimentos culturais vigentes e suas implicações no adoecer (Dejonckheere et al., 2022; McGuirk et al., 2018). A edição 2022/2023 do Parlamento dos Jovens tem como mote a saúde mental das pessoas jovens, promovendo precisamente a reflexão e debate democrático sobre este tema pelos próprios jovens (Programa Parlamento dos Jovens, 2022). Efetivamente revela-se importante promover espaços e oportunidades para a escuta dos jovens em grupos focais e assim compreender a sua perceção sobre o sofrimento psicológico, as barreiras no pedido de ajuda e as respostas pretendidas.

### **A EXPERIÊNCIA DE UM SERVIÇO HOSPITALAR DE PSIQUIATRIA DA INFÂNCIA E DA ADOLESCÊNCIA DO NORTE DE PORTUGAL**

Os estudos encontrados na revisão bibliográfica abordam intervenções de promoção de LSM dinamizadas maioritariamente em contexto escolar e, em alguns casos, na comunidade. Contudo, parece existir uma lacuna ao nível dos programas ou intervenções psicoeducativas efetivamente implementados na prática clínica médica, os quais não são referidos nesses estudos. Por outro lado, vários dos trabalhos realçam o impacto potencialmente positivo do envolvimento ativo de profissionais de saúde mental nas intervenções na LSM a nível escolar e comunitário.

O Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do Centro Hospitalar do Tâmega e Sousa (CHTS) tem vindo a desenvolver esforços para promover a LSM das crianças e dos adolescentes com acompanhamento clínico bem como a dos seus familiares. Por outro lado, o Serviço tem aumentado o seu envolvimento, direto e indireto, em iniciativas psicoeducativas de carácter universal na comunidade e nas escolas. A nível indireto, é de realçar a formação realizada a outros profissionais, incluindo médicos de outras especialidades, terapeutas, professores e alunos da área médica, com o objetivo de promover o diálogo sobre saúde e doença mental, e, cada vez mais, o conceito de saúde mental positiva.

Vários elementos do Serviço, da área médica, mas também da Psicologia, Enfermagem, Terapia Ocupacional e Serviço Social, têm fomentado a colaboração entre o contexto clínico e o educativo com a dinamização de sessões de sensibilização para a saúde mental em escolas. As sessões são adaptadas às idades dos adolescentes das turmas selecionadas e focam-se na promoção de hábitos saudáveis e de uma saúde mental positiva. Um assunto frequentemente trazido pelos jovens alunos nessas sessões é a ansiedade, sobretudo de desempenho, o que permite à equipa iniciar um diálogo e

explorar de forma interativa os quatro componentes da LSM. Em 2022, a escolha do tema “saúde mental das pessoas jovens” pelo Parlamento dos Jovens tem possibilitado a reflexão conjunta com os alunos sobre os desafios sentidos pelos próprios e as possíveis respostas. A perspetiva dos adolescentes tem sido enriquecedora para a equipa de saúde mental, permitindo unir os resultados dos estudos científicos às vivências sociais, familiares e individuais partilhadas pelos jovens. A união das necessidades identificadas pelas diversas fontes poderá permitir gradualmente uma mudança do entendimento sobre os problemas de saúde mental, os seus fatores precipitantes e de manutenção, e ir de encontro ao tipo de respostas que os jovens estão interessados em receber e disponíveis para procurar.

O Serviço também foi convidado a participar num *ebook* de boas práticas ao serviço dos utentes do CHTS, oportunidade que permitiu a partilha do capítulo “ABC da Saúde Mental dos Adolescentes” com os adolescentes, seus amigos e suas famílias. Efetivamente o Serviço tem criado várias ferramentas psicoeducativas com foco na promoção de uma saúde mental positiva, sendo exemplo disso o referido capítulo e a publicação informal “ABC do Adolescente em tempos de pandemia” dirigida aos jovens numa fase de incerteza e de risco para a sua saúde mental. Numa vertente de prevenção seletiva e indicada, o Serviço já teve oportunidade de dinamizar em contexto hospitalar um programa psicoeducativo dirigido a pais/ cuidadores de adolescentes, para além do trabalho individual realizado com os adolescentes e seus familiares.

### **3. CONCLUSÕES**

---

A promoção da LSM em adolescentes é uma área em constante evolução que se torna fundamental numa altura em que cada vez mais se abordam os problemas de saúde mental através dos meios de comunicação social, mas também entre os jovens e as famílias. Embora tal seja positivo, a intervenção na promoção da LSM em todos os contextos é imperativa para colmatar os mitos e a conseqüente barreira à procura de cuidados que daí pode advir, o estigma. A literatura publicada nos últimos 10 anos enfatiza o potencial das intervenções psicoeducativas no meio escolar, as quais aparentam ter resultados positivos nos níveis de LSM. Contudo, a comparação de eficácia entre formatos e programas de intervenção é difícil dada a variabilidade de instrumentos de avaliação utilizados, muitos deles não validados. É possível apurar que será importante continuar a desenvolver métodos de avaliação e ferramentas de intervenção apropriadas para cada um dos componentes da LSM e também para o conceito no seu todo. Por outro lado, a literatura sugere que os contextos clínicos, médicos e de psicologia, podem também ter um papel importante na promoção da LSM e eventualmente serem uma das opções futuras da intervenção nesta área. Esta necessidade de uma intervenção mais ativa e

colaborativa dos profissionais de saúde mental, em particular os dos cuidados de saúde mental da infância e da adolescência, é reforçada pelos resultados da nossa pesquisa bibliográfica. As ações formativas e psicoeducativas ao nível da LSM nos adolescentes promovidas pelo Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência do CHTS alinham-se com as necessidades apontadas pela literatura, existindo um espaço importante para o desenvolvimento e expansão das iniciativas bem como para a avaliação futura do seu impacto na comunidade alvo. É relevante realçar o impacto do meio social onde os jovens se inserem na saúde mental, que pode ser tanto uma barreira como um facilitador dependendo do contexto. O desenvolvimento de atividades que permitam uma reflexão e mudança na compreensão das dificuldades sentidas pelos adolescentes ao nível dos próprios jovens, das famílias, das escolas e dos serviços de saúde, pode ter um papel fundamental na procura das respostas mais adequadas nesta área. Globalmente, incluindo o referido Serviço de Psiquiatria da Infância e da Adolescência, o desafio passa por criar mais oportunidades para escutar os adolescentes e incorporar nas nossas intervenções a sua valiosa visão sobre os desafios e as respostas no tema da saúde mental dos jovens.

## **BIBLIOGRAFIA**

---

- Aguirre Velasco, A., Cruz, I., Billings, J., Jimenez, M., & Rowe, S. (2020). What are the barriers, facilitators and interventions targeting help-seeking behaviours for common mental health problems in adolescents? A systematic review. *BMC Psychiatry* 2020 20:1, 20(1), 1–22. <https://doi.org/10.1186/S12888-020-02659-0>
- Bjørnsen, H., Eilertsen, M., Ringdal, R., Espnes, G., & Moksnes, U. (2017). Positive mental health literacy: Development and validation of a measure among Norwegian adolescents. *BMC Public Health*, 17(1), 1–10. <https://doi.org/10.1186/S12889-017-4733-6/FIGURES/3>
- Dejonckheere, E., Bastian, B., Fried, E. I., Murphy, S. C., & Kuppens, P. (2017). Perceiving social pressure not to feel negative predicts depressive symptoms in daily life. *Depression and Anxiety*, 34(9), 836–844. <https://doi.org/10.1002/DA.22653>
- Dejonckheere, E., Rhee, J. J., Baguma, P. K., Barry, O., Becker, M., Bilewicz, M., Castelain, T., Costantini, G., Dimdins, G., Espinosa, A., Finchilescu, G., Friese, M., Gastardo-Conaco, M. C., Gómez, A., González, R., Goto, N., Halama, P., Hurtado-Parrado, C., Jiga-Boy, G. M., ... Bastian, B. (2022). Perceiving societal pressure to be happy is linked to poor well-being, especially in happy nations. *Scientific Reports* 2022 12:1, 12(1), 1–14. <https://doi.org/10.1038/s41598-021-04262-z>

- Gentzler, A. L., Palmer, C. A., Ford, B. Q., Moran, K. M., & Mauss, I. B. (2019). Valuing happiness in youth: Associations with depressive symptoms and well-being. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 62, 220–230. <https://doi.org/10.1016/J.APPDEV.2019.03.001>
- Hosseinkhani, Z., Hassanabadi, H. R., Parsaeian, M., Karimi, M., & Nedjat, S. (2020). Academic Stress and Adolescents Mental Health: A Multilevel Structural Equation Modeling (MSEM) Study in Northwest of Iran. *Journal of Research in Health Sciences*, 20(4), e00496. <https://doi.org/10.34172/JRHS.2020.30>
- Jiayao, C. (2022). Evaluation of Causes and Impacts of Emotional Pressure Among Teenagers. *Proceedings of the 2021 International Conference on Social Development and Media Communication (SDMC 2021)*, 631, 1440–1445. <https://doi.org/10.2991/ASSEHR.K.220105.265>
- Jorm, A. (2000). Mental health literacy. Public knowledge and beliefs about mental disorders. *The British Journal of Psychiatry: The Journal of Mental Science*, 177(NOV.), 396–401. <https://doi.org/10.1192/BJP.177.5.396>
- Jorm, A., Korten, A., Jacomb, P., Christensen, H., Rodgers, B., & Pollitt, P. (1997). “Mental health literacy”: a survey of the public’s ability to recognise mental disorders and their beliefs about the effectiveness of treatment. *The Medical Journal of Australia*, 166(4), 182–186. <https://doi.org/10.5694/J.1326-5377.1997.TB140071.X>
- Kutcher, S., Wei, Y., & Coniglio, C. (2016). Mental Health Literacy: Past, Present, and Future. *Canadian Journal of Psychiatry. Revue Canadienne de Psychiatrie*, 61(3), 154–158. <https://doi.org/10.1177/0706743715616609>
- Kutcher, S., Wei, Y., Costa, S., Gusmão, R., Skokauskas, N., & Sourander, A. (2016). Enhancing mental health literacy in young people. *European Child & Adolescent Psychiatry* 2016 25:6, 25(6), 567–569. <https://doi.org/10.1007/S00787-016-0867-9>
- Loureiro, L. (2015). Questionnaire for Assessment of Mental Health Literacy – QuALiSMental: study of psychometric properties. *Revista de Enfermagem Referência, IV Série*(No 4), 79–88. <https://doi.org/10.12707/RIV14031>
- Loureiro, L., Jorm, A., Mendes, A., Santos, J., Ferreira, R., & Pedreiro, A. (2013). Mental health literacy about depression: A survey of portuguese youth. *BMC Psychiatry*, 13. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-13-129>
- Loureiro, L., Jorm, A., Oliveira, R., Mendes, A., dos Santos, J., Rodrigues, M., & Sousa, C. (2015). Mental health literacy about schizophrenia: a survey of Portuguese youth. *Early Intervention in Psychiatry*, 9(3), 234–241. <https://doi.org/10.1111/EIP.12123>

- McGuirk, L., Kuppens, P., Kingston, R., & Bastian, B. (2018). Does a culture of happiness increase rumination over failure? *Emotion (Washington, D.C.)*, 18(5), 755–764. <https://doi.org/10.1037/EMO0000322>
- Nobre, J., Oliveira, A. P., Monteiro, F., Sequeira, C., & Ferré-Grau, C. (2021). Promotion of mental health literacy in adolescents: A scoping review. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(18). <https://doi.org/10.3390/IJERPH18189500/S1>
- Programa Parlamento dos Jovens. (2022). Parlamento dos Jovens - Saúde Mental nos Jovens: Que Desafios? Que Respostas? <https://jovens.parlamento.pt/Paginas/default.aspx>
- Seedaket, S., Turnbull, N., Phajan, T., & Wanchai, A. (2020). Improving mental health literacy in adolescents: systematic review of supporting intervention studies. *Tropical Medicine & International Health*, 25(9), 1055–1064. <https://doi.org/10.1111/TMI.13449>



## A importância da literacia em saúde na gestão do regime terapêutico: perceções, dificuldades e estratégias

*The importance of health literacy in the management of the therapeutic regimen: perceptions, difficulties, and strategies*

Sandra Laia Esteves 

Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo/ Sociedade Portuguesa de Literacia em Saúde

[sandraiaesteves@gmail.com](mailto:sandraiaesteves@gmail.com)

**Conflito de interesses:** nada a declarar. **Financiamento:** nada a declarar.

Histórico:

**Submissão | Received:** 13/09/2022

**Aprovação | Accepted:** 13/12/2022

**Publicação | Published:** 23/12/2022



Todo o conteúdo do **JIM – Jornal de Investigação Médica** é licenciado sob *Creative Commons*, a menos que especificado de outra forma e em conteúdo recuperado de outras fontes bibliográficas.

## RESUMO

---

**Introdução:** A Gestão do Regime Terapêutico (GRT) é um tipo de comportamento de adesão à toma da medicação. Os utentes com baixos níveis de Literacia em Saúde (LS) revelam enormes dificuldades em compreender o uso do medicamento e a indicação terapêutica. Estes comportamentos podem indiciar a troca de medicação, aumento de erros na toma e dosagem. É evidente, sobretudo na população (idosa) que não possui habilidades necessárias para entender e tomar decisões sobre cuidados de saúde ou seguir instruções acerca do uso do medicamento. A implementação de estratégias educativas favorece a capacitação do utente no acesso à informação, compreensão e aplicação nas tomadas de decisão, uma adequada e segura adesão à terapêutica.

**Objetivos:** Descrever a relação da evidência científica da GRT com as perceções e dificuldades que os utentes possuem em contexto real e quais as estratégias que usam para gerir a sua medicação.

**Resultados e discussão:** Os resultados obtidos foram transversais a estudos internacionais, sendo que os utentes com baixos níveis de LS têm maior probabilidade de interpretar erroneamente rótulos do medicamento, comprometendo a sua segurança.

**Conclusões:** O uso correto de informação acerca do medicamento promove maiores níveis de LS: adesão, capacitação dos utentes a uma adequada e segura GRT.

**Palavras-chave:** Gestão do regime terapêutico, Comunicação, Capacitação, Literacia em Saúde

## ABSTRACT

---

**Introduction:** Regime Management (RRM) is a type of medication adherence behavior. Patients with low levels of Health Literacy (HL) show enormous difficulties in understanding medication use and therapeutic indication. These behaviors may indicate medication switching, increased errors in taking and dosage. The (elderly) population lacks skills necessary to understand and make health care decisions or follow instructions about medication use. The implementation of educational strategies favors the empowerment of the user in the access to information, understanding and application in decision making, an adequate and safe therapeutic adherence.

**Objectives:** To describe the relationship of scientific evidence of GRT with the perceptions and difficulties that users have in a real context and what strategies they use to manage their medication.

**Results and discussion:** The results obtained were cross-sectional to international studies, with users with low levels of LS being more likely to misinterpret medication labels, compromising their safety.

**Conclusions:** The correct use of information about the medicine promotes higher levels of LS: adherence, empowerment of users to an adequate and safe GRT.

**Keywords:** Therapeutic regimen management, Communication, Empowerment, Health literacy.

# 1. INTRODUÇÃO

---

A Literacia em Saúde é o conhecimento, a motivação e as competências dos utentes para aceder, compreender, avaliar e aplicar informação em saúde de forma a formar juízos e tomar decisões no quotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, durante todo o ciclo de vida (Sorensen., et al, 2012)

A adesão à Gestão do Regime Terapêutico (GRT) é influenciada por diversos fatores que se interligam, nomeadamente o contexto (Unidade de Saúde) onde se insere o Profissional de Saúde (PS) na relação que estabelece com o utente. Para tal, a intervenção do PS, neste processo é determinante, como facilitador à compreensão das instruções, nomeadamente à adesão da GRT medicamentoso. É preponderante que os profissionais de saúde zelem por uma comunicação funcional e adaptável à faixa etária e grau de compreensão do utente, de forma a promover maior adesão e decisão (consciente) em saúde (Nunes,2010). Um dos modelos propicio à aquisição destas competências é o ACP: Assertividade (certeza, confiança), Clareza (informação/ linguagem) e Positividade (motivador: reforço positivo) (Almeida, 2020).

O uso de Comunicação em Saúde de forma clara e acessível é fundamental para que a intervenção dos PS, enquanto agentes de mudança de comportamento, seja mais eficiente e segura. Os contributos que permitem uma comunicação funcional estão relacionados com a clareza e simplicidade da linguagem utilizada, com a assertividade, positividade e empatia (Belim; Vaz de Almeida, 2018).

A adesão ao regime terapêutico, entende-se como o grau ou extensão do comportamento do utente face à toma da medicação, ao cumprimento da dieta e alteração de hábitos ou estilos de vida, que corresponde às diretrizes veiculadas pelo PS. Em suma, traduz-se numa relação de colaboração entre o PS e o utente na tomada de decisões sobre o tratamento (World Health Organization, 2003).

A GRT é considerada um tipo de comportamento de adesão, que consiste em executar as atividades, cumprindo um programa de tratamento da doença e das suas complicações, atividades essas que são satisfatórias para atingir objetivos específicos de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2011).

A World Health Organization (2003) enfatiza a existência de diversos pressupostos que comprometem a falta de adesão à GRT e é influenciada por multifatores sociais, económicos, culturais, com os profissionais e serviços de saúde, com o regime terapêutico, com a patologia de base e as comorbidades associadas, e ainda a fatores pessoais (Tabela 1).

**Tabela 1** - Fatores que comprometem a adesão à GRT

Analfabetismo (baixo nível educacional)
Desemprego
Baixo estatuto socioeconómico
Longas distâncias dos serviços de saúde
Elevado custo de medicação ou transportes (deslocações)
Caraterísticas da doença (complexidade, sintomatologia)
Comprometimento de aspetos cognitivos; Incapacidade física para GRT
Comunicação complexa pelos Profissionais de Saúde -> utentes/ cuidadores
Esquemas terapêuticos complexos (polimedicação): duração do tratamento

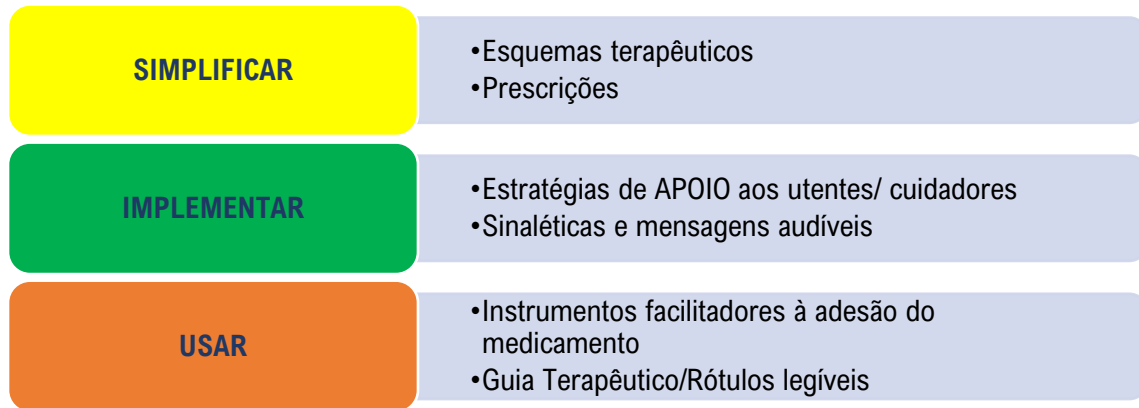
**Fonte:** Elaboração própria, baseado na World Health Organization (2003)

Estes pressupostos irão influenciar e comprometer uma adequada adesão à GRT por dificuldade em iniciar o tratamento, geralmente ocorre uma suspensão prematura do tratamento, omissões ou ainda esquecimentos face à toma e posologia, absentismo às consultas e/ou aos retornos agendados, auto-medicação, ausência de modificação no estilo de vida ou hábitos necessários para a recuperação de uma boa saúde (WHO, 2003).

É evidente que os utentes com baixos níveis de Literacia em Saúde revelam enormes dificuldades em compreender o uso do medicamento, o saber gerir a sua própria terapêutica, desconhecem a indicação terapêutica (para que serve) e os poucos que conhecem associam ao *design* da embalagem original (estratégia de memorização) (Haywood, Glass, 2016). Estes comportamentos são preocupantes e facilmente propícios a graves consequências que podem advir e comprometer a saúde dos utentes, como a troca de medicação, aumento de erros na toma e dosagem, entre outros.

A Reconciliação Terapêutica (RT), um processo que identifica todos os medicamentos que um doente está a tomar e que deve tomar, reajustável sempre que necessário no seu processo de saúde. Além de que os seus benefícios são evidentes na redução de erros na medicação, melhora o processo relacionado com a recolha e tratamento de informação, promove a relação terapêutica entre os PS e utentes, o que permite maior adesão do utente à terapêutica e melhores decisões em torno da sua saúde (Feliz, 2020). Saliento que além da RT, é preponderante a implementação de outras estratégias que complementam e favoreçam o aumento de adesão à terapêutica, nomeadamente (Figura 1).

**Figura 1** - Estratégias facilitadoras à Adesão da GRT: Acesso



**Fonte:** Elaboração própria baseado em Thakkar, Kurup, Laba, Santa, Thiagalingam (2016); Colorado Health Outcomes Program (2015); Galvão (2006)

Estas estratégias são propícias à prevenção de complicações na saúde do utente e da sustentabilidade dos Sistemas de Saúde.

## 2. OBJETIVOS

Descrever a relação da evidência científica da GRT com as perceções e dificuldades que os utentes possuem em contexto real e quais as estratégias que usam para gerir a sua medicação.

## 3. METODOLOGIA

Realizada uma revisão integrativa da literatura. Recorreu-se à base de dados MEDLINE, PUBMED, no horizonte temporal entre 2011 e 2020. Realizado um estudo exploratório descritivo a uma amostra não probabilística, por conveniência. Aplicado um instrumento de recolha de dados (avaliação da caracterização sociodemográfica, conhecimentos acerca da indicação e posologia da respetiva terapêutica, nome do medicamento, e ainda quais as perceções dos utentes enquanto dificuldades na gestão da própria terapêutica). Entregue um Consentimento Livre e Esclarecido tendo sido garantida a confidencialidade e o anonimato dos participantes. Foram delineados critérios de inclusão: idosos com idade superior a 65 anos, possuísem funções cognitivas mantidas e com polimedicação (prescrições acima de 5 medicamentos). Como critérios de exclusão idosos não polimedicados, tendo sido excluídos 9 utentes.

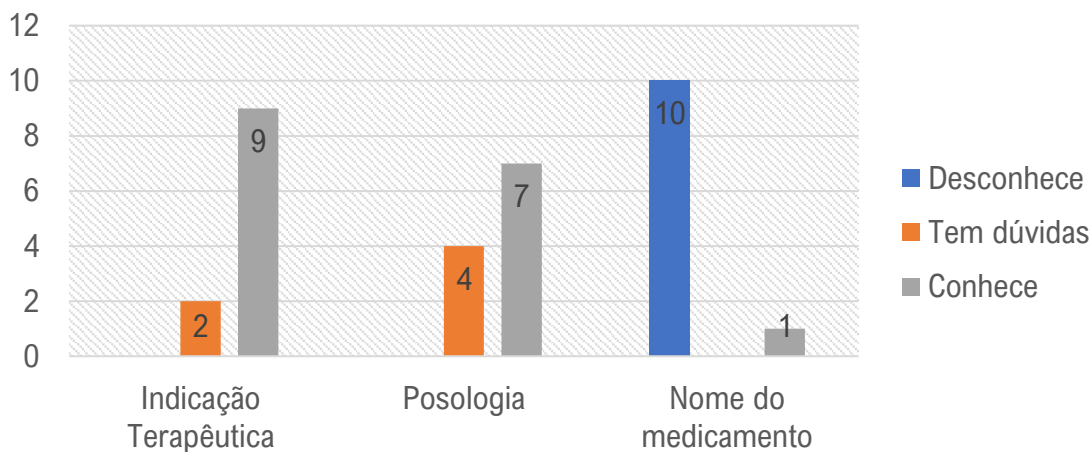
## 4. RESULTADOS E DISCUSSÃO

Através da recolha de dados, a amostra estudada contempla idades compreendidas entre os 65 e 94 anos; 5 idosos do sexo masculino e 6 do sexo feminino; maioritariamente de estado civil casados, apenas uma idosa viúva. Relativamente às habilitações literárias 4 idosos são analfabetos, 2 idosos cumpriram o 1º ano e 5 completaram o 4º ano de escolaridade do ensino básico. Quanto ao nível socioeconómico 6, 4 e 1 idosos beneficiam de pensão mínima, média e alta, respetivamente.

Relativamente aos “**conhecimentos que a população-alvo possui acerca da GRT**” (Figura 2) verificamos que:

- 9 idosos reconhecem a **indicação terapêutica** pelo *design* da embalagem original (se a embalagem for diferente, desconhecem);
- Face à **posologia** 4 idosos têm dúvidas e 7 conhecem pelo *design* e orientações escritas (pelos PS) na embalagem;
- 10 idosos desconhecem o **nome do medicamento**, distinguem a polimedicação pelo *design* da embalagem original.

**Figura 2** - Conhecimentos que a População-alvo possui acerca da GRT



**Fonte:** Elaboração própria

No que respeita aos rótulos de medicação, os utentes com baixos níveis de LS possuem três vezes mais probabilidade de interpretar erroneamente os rótulos das embalagens dos medicamentos (Johnson, Moser e Garwood, 2013).

Quanto às “**dificuldades em gerir a própria terapêutica**” constatamos que o analfabetismo dificulta a distinção da medicação e a maioria confirmou memorizar a indicação terapêutica através do *design* da embalagem original. Recorrendo à evidência científica mais de um terço da população americana não possui as habilidades necessárias

para entender as informações sobre saúde, tomar decisões sobre cuidados de saúde ou seguir instruções sobre medicamentos. A implementação de estratégias de comunicação clara e acessível ajuda o utente a envolver e integrar nos seus planos de cuidados, o que favorece ao aumento da adesão terapêutica (Johnson, Moser e Garwood, 2013).

## 5. CONCLUSÕES

---

Os resultados obtidos revelaram semelhança a estudos internacionais. Utentes com baixos níveis de literacia em saúde têm maior probabilidade em interpretar erroneamente os rótulos do medicamento, o que pode comprometer a segurança do utente, como desencadear consequências graves no seu estado de saúde (desde agravamento, à necessidade de maiores cuidados de saúde – atendimentos médicos, internamentos, uso inadequado dos serviços de saúde), e por sua vez um aumento de custos para o sistema de saúde.

Assim, é crucial implementar estratégias facilitadoras à adesão do medicamento, de forma a capacitar os utentes/ cuidadores a uma adequada e segura GRT que visam aumentar os níveis de literacia em saúde; por outro lado, contribuir para a melhoria das práticas dos PS que traduz cuidados de saúde de qualidade, nomeadamente investir na formação “Comunicação em Saúde” (o uso de técnicas de melhoria da comunicação) que promovam a relação interpessoal (PS <-> utente), e por sua vez redução de custos de saúde com vista à obtenção de ganhos de Saúde por um sistema de saúde mais sustentável.

## BIBLIOGRAFIA

---

Almeida, C. (2020). O contributo das competências de comunicação dos médicos e enfermeiros para a literacia em saúde: O modelo ACP – Assertividade (A), Clareza (C) e Positividade (P) na relação terapêutica. [Acesso em agosto 2022]. Disponível em <https://www.repository.utl.pt/handle/10400.5/20901>

Belim, C; Vaz de Almeida C. (2018) Communication Competences are the Key! A Model of Communication for the Health Professional to Optimize the Health Literacy – Assertiveness, Clear Language and Positivity. *Journal of Healthcare Communications*:3. ISSN 2472-1654, 1-13.

Colorado Health Outcomes Program (2015). *AHRQ Health Literacy Universal Precautions Toolkit*. Aurora: Agency for Healthcare Research and Quality.

- Feliz, J. (2020). Reconciliação terapêutica no processo e capacitação dos profissionais de saúde com vista a uma maior literacia em saúde. In C. V. Almeida, K. L. Moraes & V. V. Brasil (Coords.). *50 Técnicas de literacia em saúde na prática. Um guia para a saúde* (Vol. 2, pp. 151-156). Alemanha: Novas Edições Académicas.
- Galvão C. (2006). O idoso polimedicado – estratégias para melhorar a prescrição. *Rev Port Clin Geral*, 22 (6), 747-52.
- Haywood, A; Glass, D. (2016). Evidence of Stability of Medicines Repackaged in Compliance Aids: A Review. *Curr Drug Saf*, 11(1), 69-77. [Acesso em julho de 2022]. Disponível em [www.eurekaselect.com/135205/article](http://www.eurekaselect.com/135205/article)
- Johnson, J; Moser, L; Garwood, C. (2013). Health literacy: A primer for pharmacists. Copyright ©, *American Society of Health-System Pharmacists*, Inc. All rights reserved. 1079-2082/13/0601, 949-955. DOI 10.2146/ajhp120306
- Nunes, J.M. (2010). *Comunicação em contexto clínico*. Lisboa. [Acesso em agosto 2022]. Disponível em [https://www.mgffamiliar.net/literature\\_41723/comunicacao-em-contexto-clinico](https://www.mgffamiliar.net/literature_41723/comunicacao-em-contexto-clinico)
- Ordem dos Enfermeiros (OE) (2011). *Estabelecer parcerias com os indivíduos e as famílias para promover a adesão ao tratamento*. Catálogo da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (Cipe ©). Lisboa: OE.
- Sorensen, K.; Broucke, S.V.; Fullam, J.; Doyle, G.; Pelikan, J.; Slonska, Z. et al (2012) Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12, 80.
- Thakkar J, Kurup R, Laba TL, Santa K, Thiagalingam A, et al. (2016). Mobile telephone text messaging for medication adherence in chronic disease. *JAMA Internal Medicine*, 176 (3), 340-349.
- World Health Organization (2011) *Adherence To Long Term Therapies. Evidence for action*. WHO.
- World Health Organization (2003) *Adherence To Long Term Therapies. Evidence for action*. Geneva: WHO.



## Mindfulness: instrumento para a promoção da saúde e bem-estar na população portuguesa e desenvolvimento da literacia em Saúde

*Mindfulness: an instrument for the promotion of health and well-being in the Portuguese population and the development of health literacy*

**Pascoal Amaral** 

Instituto Politécnico de Lisboa e Universidade de Lisboa  
[pamaral@esd.ipl.pt](mailto:pamaral@esd.ipl.pt)

**Diana Pinheiro** 

World Federation of Chinese Medicine Societies  
[dianapinheiro.health@gmail.com](mailto:dianapinheiro.health@gmail.com)

**Conflito de interesses:** nada a declarar. **Financiamento:** nada a declarar.

Histórico:

**Submissão | Received:** 15/08/2022

**Aprovação | Accepted:** 26/11/2022

**Publicação | Published:** 23/12/2022



Todo o conteúdo do **JIM – Jornal de Investigação Médica** é licenciado sob *Creative Commons*, a menos que especificado de outra forma e em conteúdo recuperado de outras fontes bibliográficas.

## RESUMO

**Introdução:** Nos últimos anos, o *Mindfulness* e os seus princípios têm ganho credibilidade e despertado o interesse entre os profissionais das áreas da saúde e da educação, especialmente devido aos seus benefícios biopsicossociais que decorrem de uma prática regular. Mais do que uma técnica de meditação, o *Mindfulness* é um recurso que favorece a capacitação e empoderamento dos cidadãos para a promoção e educação para a saúde, nomeadamente no que diz respeito ao aumento da literacia em saúde e à tomada de decisão em saúde.

**Objetivos:** Aumentar o conhecimento sobre os conceitos supracitados, simplificar, clarificar e torná-los úteis, esclarecer sobre o enquadramento destas práticas no contexto de saúde português e contribuir para o aumento da consciência sobre a importância da colaboração entre especialidades.

**Metodologia:** Foram consultadas e citadas 83 fontes, entre artigos científicos, teses, relatórios, livros e ebooks, no intervalo de tempo entre 1986 e 2022, num total de 213 autores distintos e 6 instituições de referência nacional e internacional.

**Conclusão:** O contexto social e científico atual é favorável à integração do *Mindfulness* em diferentes setores da sociedade portuguesa, podendo esse facto ser determinante para a melhoria da saúde e bem-estar da população e da qualidade de vida em geral.

**Palavras-Chave:** Mindfulness, Práticas de mente-corpo, Literacia em saúde, Saúde e bem-estar

## ABSTRACT

**Introduction:** In recent years, Mindfulness and its principles achieved credibility and attracted the interest among health and education professionals, especially due to its biopsychosocial benefits. More than a meditation technique, Mindfulness is a resource that favors the empowerment and capacity building of citizens for health promotion and education, namely regarding the increase of health literacy and health decision making.

**Objectives:** To increase knowledge about the above mentioned concepts, simplify, clarify and make them useful, clarify the framework of these practices in the Portuguese health context, and contribute to increasing awareness about the importance of collaboration between specialties.

**Methodology:** 83 sources were consulted and cited, including scientific articles, thesis, reports, books and ebooks, in the time span between 1986 and 2022, in a total of 213 different authors and 6 national and international reference institutions.

**Conclusion:** The current social and scientific context is favorable for the integration of Mindfulness in the different sectors of Portuguese society, and this fact may be determinant for improving the health and well-being of the population and the quality of life in general.

**Keywords:** Mindfulness; Mind-body practices; Health literacy; Health and well-being.

# 1. REVISÃO DE LITERATURA

## 1.1. INTRODUÇÃO

De acordo com a ratificação da Carta de Ottawa, a promoção de saúde é um processo que tem como objetivo “criar as condições que permitem aos indivíduos e aos grupos controlar a sua saúde, a dos grupos onde se inserem e agir sobre os fatores que a influenciam” (International Conference on Health Promotion, 1986). A promoção da saúde é, nesse sentido, uma das principais áreas de intervenção na saúde global uma vez que permite modelar as atitudes e os comportamentos dos indivíduos perante os fatores de risco e os determinantes da doença. Em Portugal, os princípios da promoção da saúde estão integrados nos programas desenvolvidos pela autoridade nacional de saúde, a Direção-Geral de Saúde, de forma a agir e a impactar sobre os diferentes determinantes da saúde (Ministério da Saúde, 2022).

A promoção da saúde tem como objetivo principal manter e proteger a saúde, e tem como foco a pessoa e as comunidades onde esta se insere. Contudo, ao longo dos séculos o conceito de saúde sofreu várias transições, e o papel do indivíduo na preservação da sua própria saúde também. Na atualidade, o conceito de saúde recuperou parte do entendimento da antiguidade, com o indivíduo a ser considerado como responsável pela preservação da sua saúde e a ser aceite como um ser holístico com dimensão física, psíquica e social (Loureiro & Miranda, 2018). A visão atual, para além de ampliar o sentido do conceito, abre espaço para que se considerem práticas que até recentemente eram colocadas à “margem” da intervenção terapêutica convencional.

Tendo em conta a produção científica da última década, as práticas de Mindfulness vão ao encontro da visão apresentada uma vez que utilizam uma abordagem holística de integração e de articulação entre a mente e o corpo (Hazlett-Stevens, Singer & Chong, 2019) e agem sobre as dimensões biopsicossociais do indivíduo (Nilsson, Bülow & Kazemi, 2015).

## 1.2. DEFINIÇÃO E TIPOS DE PRÁTICAS DE MINDFULNESS

O termo Mindfulness tem as suas raízes na antiga cultura e filosofia oriental, o Budismo (Germer, Siegel, & Fulton, 2016). Mindfulness é uma tradução direta da palavra *Sati*, que significa “atenção plena” (Germer, 2004). Segundo Purser, et al. (2016), é a consciência que surge ao dar atenção, de forma intencional, ao momento presente sem julgamento. Contudo, e dependendo dos locais, épocas e contextos socioculturais, Mindfulness poderá assumir diferentes significados (Pinheiro & Rodrigues, 2021; Vaz de Almeida et al., 2021). Em Tibetano, por exemplo, Mindfulness significa “lembrar-se repetidamente da natureza da Mente” (Gyatso, 2019).

Os exercícios *mindful*, também designados como *mind-body exercises* (Song et al., 2017), têm como objetivo treinar o corpo e a mente, e podem ser praticados conscientemente através da utilização de diferentes exercícios mentais e corporais. Assim, é possível praticar Mindfulness através da realização de exercícios simples e estáticos, tais como a meditação sentada ou exercícios de respiração, ou através de execução de exercícios mais complexos, dinâmicos e organizados em sistemas, tais como o Yoga, Qigong ou Tai Chi.

No ocidente, o Mindfulness, e considerando a designação amplamente difundida, foi introduzido por Jon Kabat-Zinn (2003; 2013, quando desenvolveu na década de 70 no Centro Médico da Universidade de Massachusetts o programa Mindfulness Based Stress Reduction (MBSR). De forma sucinta, o Mindfulness integra os princípios holísticos de cultivo da saúde e da longevidade, e tem como foco a melhoria da qualidade de vida, da saúde e bem-estar.

### **1.3. BENEFÍCIOS DO MINDFULNESS NA PROMOÇÃO DA SAÚDE E DO BEM-ESTAR**

A saúde e o bem-estar são conceitos interativos, que se influenciam mutuamente (Vaz de Almeida et al., 2021). Na atualidade, sabemos que o Mindfulness tem benefícios sobre as dimensões biopsicossociais do indivíduo (Pinheiro & Rodrigues, 2021; Janssen et al., 2018), e que esse facto pode ter impacto na saúde e no bem-estar do indivíduo ao longo da vida. Através da meditação e das práticas conscientes de Mindfulness, espera-se que os indivíduos sejam capazes de tomar as suas decisões com maior clareza, discernimento, liberdade e autonomia (Karelaia & Reb, 2014), podendo esse facto ser determinante para o aprimoramento da tomada de decisão consciente e informada em saúde. Segundo Karelaia & Reb (2014), com o desenvolvimento da atenção plena o processo de tomada de decisão transforma-se num exercício ponderado e cognitivo, que substitui reações impulsivas e instintivas que priorizam as necessidades imediatas. De acordo com os autores supracitados, o Mindfulness contribui para a identificação precoce das decisões necessárias, resolução de problemas com maior criatividade, avaliação ética alargada e melhoria da capacidade de reconhecimento dos limites do conhecimento, e ainda contribui para o aprimoramento da capacidade de identificar compensações e consequências não intencionais das suas decisões individuais.

Recentemente, os estudos têm identificado vários benefícios fisiológicos associados à prática do Mindfulness. Numa meta-análise tendo por base cinco ensaios clínicos controlados e randomizados, observou-se uma aparente diminuição na produção de cortisol em indivíduos saudáveis - medida salivar -, sendo esse facto especialmente relevante nas regiões urbanas onde o *stress* é predominante (Sanada et al., 2016). O efeito positivo sobre os marcadores salivares de cortisol foi igualmente observado em atletas de elite de artes marciais chinesas em situação de stress e de ansiedade relacionada com a competição (Mehrsafar et al., 2019). Adicionalmente, estudos recentes observaram que a prática de *mindfulness* beneficia a diminuição do tónus simpático

cardíaco, do tónus vasomotor, da resistência vascular e da carga de trabalho ventricular (May et al., 2016), melhora a interação entre o sistema nervoso central e o corpo (Tang, 2017) e aparenta aumentar a flexibilidade e a estabilidade respiratória quando comparada com estados mentais de preocupação (Vlemincx, 2013).

Pelo mundo, e em conformidade com os estudos consultados, as áreas que se focam no estudo do Mindfulness dirigem-se maioritariamente para a análise dos seus eventuais benefícios biopsicossociais. As práticas que incorporam os princípios *mindful*, por serem práticas predominantemente holísticas, permitem produzir ganhos ao nível do bem-estar global, da promoção da saúde e da diminuição de gastos (redução de custos associados à diminuição de visitas aos serviços de saúde e à diminuição no consumo de medicação (Herman et al., 2017; Müller et al., 2019; Zang et al., 2022; )

**Tabela 1 - Resumo de benefícios biopsicossociais associados às práticas de Mindfulness**

<p><b>Bio</b> <b>Bem-estar físico</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alívio da dor de cabeça (Gu et al., 2018)</li> <li>• Redução da pressão arterial diastólica (Conversano et al., 2021)</li> <li>• Alívio da dor musculoesquelética (Zou et al., 2018)</li> <li>• Alívio da fibromialgia, dor crónica, artrite reumatoide, diabetes tipo 2, síndrome de fadiga crónica, sensibilidade química múltipla e patologias cardiovasculares (Merkes M., 2010; Wang et al., 2018)</li> <li>• Redução da exaustão emocional (Janssen et al., 2018)</li> <li>• Melhora a qualidade do sono (Frank et al. 2013; Hazlett-Stevens et al., 2019)</li> <li>• Promove melhorias na inflamação sistémica (Fountain-Zaragoza &amp; Prakash, 2017)</li> <li>• Redução de quedas (Li, F., Harmer et al., 2019)</li> </ul>
<p><b>Psico</b> <b>Bem-estar mental (cognitivo e emocional)</b></p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Há evidência de efeitos positivos na depressão, ansiedade, condições de dor, tabagismo e transtornos aditivos (Goldberg et al., 2017; Roeser et al., 2013; Vega et al., 2014)</li> <li>• Redução do stress e burnout (Asuero et al., 2014; Cohen-Katz et al., 2005; Janssen et al., 2018; Roeser et al., 2013;)</li> <li>• Satisfação na vida, aumento do relaxamento e do bem-estar (Amutio et al., 2015; Beshai et al., 2015; Poulin et al., 2008;)</li> <li>• Promove o foco de atenção; pode mitigar o declínio das habilidades de controlo da atenção; estimula a auto-regulação emocional (Fountain-Zaragoza et al., 2016).</li> <li>• Ativa regiões do cérebro envolvidas na consciência corporal, atenção e integração da emoção e do processamento sensorial. (Acevedo et al., 2016)</li> </ul>

**Social****Bem-estar social (eficiência, autonomia e relações interpessoais)**

- Aumenta o afeto positivo, reduz os sintomas de ansiedade e depressão (Hazlett-Stevens, et al., 2019)
- Melhora a relação profissional-paciente através do aumento da resiliência individual, pessoal e institucional (Asuero et al., 2014; Vaz de Almeida et al., 2021)
- Contribui para uma comunicação, relação terapêutica e com os outros mais ACP: assertiva, clara e positiva (Vaz de Almeida, 2020), aspeto essencial para a melhoria da literacia em saúde.
- Melhora o desempenho geral de tarefas (Malinowski et al., 2017)
- Melhora a cognição social e a regulação de distúrbios do humor (Acevedo et al., 2016)

**Fonte:** Elaboração própria com base nos autores citados; adaptação de Pinheiro & Rodrigues (2021)

## 2. PRÁTICAS DE MINDFULNESS NO CONTEXTO PORTUGUÊS

### 2.1. ENQUADRAMENTO DO MINDFULNESS NO CONTEXTO DE SAÚDE PORTUGUÊS

Entre as práticas de Mindfulness mais difundidas pela sociedade em geral e estudadas pela comunidade científica, é necessário destacar o Tai Chi e o Qigong (NCCIH, 2022), que atualmente fazem parte do Sistema Nacional de Saúde português, após ter sido fixada em 2014 a caracterização e o conteúdo profissional da profissão de especialista de Medicina Tradicional Chinesa (MTC) (Portaria nº 207-G/2014, de 8 de Outubro). Em Portugal, a MTC é considerada como uma Terapêutica Não Convencional, mas internacionalmente, e considerando o enquadramento da Organização Mundial de Saúde, é definida como uma Medicina Tradicional e Complementar (WHO, 2019). De acordo com os dados disponibilizados pela Administração Central do Sistema de Saúde, até ao momento foram atribuídas 1650 cédulas profissionais em MTC (ACSS, 2022), número que em apenas um ano cresceu 28% (Amaral, 2021). Apesar do evidente crescimento socioprofissional, carecem de iniciativas normativas que enquadrem esta atividade profissional no serviço nacional de saúde de forma a garantir a oferta universal dos cuidados (Amaral & Fronteira, 2021). Esse facto será decisivo para que, através do Tai Chi e do Qigong terapêutico, o Mindfulness chegue a todos os cidadãos, especialmente aos mais vulneráveis.

Para além da evidente relação do Mindfulness com a MTC, é de esperar que a mesma seja utilizada por outros profissionais da saúde, especialmente por aqueles que procuram estudar os processos que relacionam a mente com os comportamentos humanos. Tendo em conta os projetos de políticas públicas que estão previstos serem implementados, é de esperar que a utilização do Mindfulness enquanto ferramenta de educação para a saúde possa ser brevemente uma realidade nas escolas portuguesas. Nesta fase, é necessário destacar o projeto *Hand in Hand: Empowering teachers across Europe to deal with social, emotional and diversity related career challenges*, cuja formação, em Portugal, tem início

definido para Setembro de 2022. Entre outros objetivos, este projeto irá formar docentes do ensino português no âmbito das práticas de Mindfulness e da aprendizagem socioemocional, para que estes promovam a inclusão e participem ativamente no processo de desenvolvimento de ambientes saudáveis no espaço escolar (Kozina, 2020). Este projeto será replicado em outros seis estados-membros da União Europeia: Eslovénia, Croácia, Suécia, Alemanha, Áustria e Dinamarca (Hand in Hand project - Pedagoski Inštitut Ljubljana, 2022).

Recentemente, e face ao crescente interesse social pelas práticas de mente-corpo, o estudo do Mindfulness tem aumentado entre os investigadores portugueses, com destaque para o trabalho produzido na academia, nomeadamente no trabalho doutoral. Entre os diferentes trabalhos, é necessário destacar o estudo sobre os efeitos de um programa breve de Mindfulness em estudantes universitários (Chiodelli, 2022), o estudo sobre as implicações clínicas do Mindfulness (Gregório, 2015), o estudo sobre os efeitos do *mindfulness* na atividade eletrofisiológica (Morais, 2021), o estudo sobre os efeitos de um programa integrado de Mindfulness e inteligência emocional sobre o bem-estar, positividade e stress percebido no trabalho (Viana, 2015) e o estudo sobre as abordagens baseadas em Mindfulness na promoção de competências socioemocionais e do bem-estar, nos alunos e professores (Sampaio de Carvalho, 2020).

## **2.2. PRÁTICA INTEGRADA DE MINDFULNESS**

“Trabalhar em conjunto” para garantir a “Saúde sustentável: de tod@s para tod@s”, é uma das bases fundamentais para o sucesso do atual Plano Nacional de Saúde 2021-2030 (Ministério da Saúde, 2022). Nesse sentido, e devido à necessidade de integração do saber pelos diferentes profissionais de saúde e agentes sociais, é necessário garantir que o conhecimento sobre o Mindfulness é uniforme entre os profissionais das áreas que se relacionam com o contexto da saúde nacional. Na contemporaneidade, este facto é especialmente importante uma vez que a diversidade e o número elevado de terapêuticas, especialistas ou terapias “torna a construção de uma taxonomia das Medicinas Complementares e Alternativas como uma tarefa difícil e complexa” (NCCIH, 2021). Segundo Cant e Sharma (1999), a complexidade de integração de saberes da saúde “complementar” ou “alternativa” pelo mundo moderno deve-se ao facto da aproximação entre o modelo convencional e tradicional ter ocorrido em cinco períodos distintos. Segundo os autores, a aproximação instável entre as áreas coloca desafios políticos, económicos, sociais, culturais e científicos difíceis de ultrapassar. Assim, e com o objetivo de informar, esclarecer e promover a discussão e o diálogo entre as áreas onde se poderá considerar a utilização integrada das práticas de Mindfulness, é apresentado na tabela 2 um glossário de definição de termos.

**Tabela 2 - Glossário de Termos**

<b>Termo</b>	<b>Definição</b>
<b>Articulação interdisciplinar</b>	Colaboração e valorização de especialidades com conhecimentos e qualificações distintas, que se inter-relacionam e têm em vista o estabelecimento de processos de comunicação e de integração de conteúdos, conceitos e técnicas que proporcionam a visão global das condições de saúde. Esta articulação é influenciada pelos “olhares” das diferentes especialidades (Bordenave, 2008; Campos 1995)
<b>Articulação multidisciplinar</b>	Não se explicitam as relações existentes entre as várias disciplinas ou especialidades (Bordenave, 2008). A avaliação do paciente é realizada de forma independente e execução dos planos de tratamento como uma “camada adicional” de serviços. Não existe trabalho coordenado em equipa nem identidade grupal (Bruscato et al, 2004).
<b>Articulação pluridisciplinar</b>	Há justaposição de diversas disciplinas ou especialidades, que se situam, geralmente, no mesmo nível hierárquico. As disciplinas ou especialidades são agrupadas para que possam sobressair as relações existentes (Bordenave, 2008).
<b>Articulação transdisciplinar</b>	É o grau máximo de coordenação, diálogo, interação e contacto entre todas as disciplinas, interdisciplinas e especialidades, e entre as diferentes áreas do conhecimento e das suas intervenções. A integração é total, o que facilita a interpretação e a compreensão das realidades, sem necessidade de parcelamento das disciplinas e/ou especialidades (Bordenave, 2008; Iribarry, 2003).
<b>Disciplinaridade cruzada</b>	Uma disciplina ou especialidade impõe-se à(s) outra(s) disciplinas ou especialidades do mesmo nível hierárquico, criando uma dependência das segundas em relação à primeira (Bordenave, 2008).
<b>Educação para a saúde</b>	“Qualquer combinação de experiências de aprendizagem que tenham por objetivo ajudar os indivíduos e as comunidades a melhorar a sua saúde, através do aumento dos conhecimentos ou da influência sobre as suas atitudes” (WHO, 1986, 1998, 2012, 2014)
<b>Literacia em Saúde</b>	Foi introduzido por Scott Simonds em 1974 no contexto da Educação para a Saúde. É um conjunto de “competências cognitivas e sociais” que permite aos indivíduos aceder, compreender e usar a informação para promover e manter a saúde (Nutbean, 1998). Desta forma, espera-se que os indivíduos sejam capazes de tomar decisões fundamentadas no quotidiano sobre cuidados de saúde, prevenção de doenças e promoção da saúde, para manterem a sua saúde ou melhorarem a qualidade de vida ao longo do seu ciclo de vida (Sørensen et al., 2012; WHO 2013).
<b>Medicina Tradicional e Complementar</b>	Segundo a OMS (2013, 2019), a Medicina Tradicional e Complementar tem uma longa história. É a soma total do conhecimento, habilidade e práticas baseadas nas teorias, crenças e experiências de diferentes culturas, explicáveis ou não, utilizadas na manutenção da saúde, bem como na prevenção, diagnóstico, melhoria ou tratamento de doenças físicas e mentais. No Ocidente, tende-se a atribuir a designação de “tradicional” à Medicina Convencional devido a esta ser a medicina enraizada socialmente. Contudo, e segundo a definição OMS (2019), o termo “tradicional” está associado aos sistemas médicos com origem milenar, tais como a Medicina Ayurvédica ou a Medicina Tradicional Chinesa.

<b>Medicina Tradicional Chinesa</b>	Sistema de saúde milenar, utilizado atualmente em todo o mundo, desenvolvido a partir da experiência clínica e tendo por base o modelo científico de regulação e auto-regulação <i>corpo vis medicatrix naturae</i> (Canguilhem, 1995, 2005). Baseia-se em teorias e conceitos únicos que, após serem enquadrados no paradigma médico teórico e técnico-científico, são aplicados de forma segura e eficaz na prevenção de doenças, na promoção e educação para a saúde e bem-estar. Como métodos terapêuticos, a MTC utiliza a acupuntura, a dietética chinesa, a fitoterapia chinesa, a massagem Tuina e os sistemas de exercícios de Qigong e de Tai chi. (NCCIH, 2019; Matos, 2021)
<b>Promoção da saúde</b>	“Processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria de sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e grupos devem saber identificar aspirações, satisfazer necessidades e modificar favoravelmente o meio ambiente (...) a promoção da saúde não é uma responsabilidade exclusiva do setor da saúde.” In Carta de Ottawa (International Conference on Health Promotion, 1986)
<b>Qi Gong terapêutico</b>	Qigong (lê-se “Tchi cong”) Terapêutico é um método terapêutico milenar chinês, desenvolvido com o objetivo de melhorar e manter a saúde e o bem-estar da população, e prevenir a doença. Implica a prática de exercícios energéticos, físicos e mentais, para otimizar os níveis de energia e a vitalidade do corpo, da mente e do espírito. A prática tem como objetivo a regulação dos processos mentais, da respiração, do movimento e da postura corporal. (NCCIH, 2022)
<b>Saúde de pessoa inteira</b>	Refere-se aos processos terapêuticos que visam ajudar indivíduos, famílias, comunidades e populações, como um todo, a melhorar e restaurar a saúde em domínios que estão interconectados - biológico, comportamental, social, ambiental - em vez de apenas tratar as doenças. Inclui a expansão da compreensão das conexões entre os vários aspectos da saúde, nomeadamente as conexões entre os órgãos e os diferentes sistemas do corpo. (NICCH, 2021)
<b>Saúde ou medicina alternativa</b>	Abordagem não convencional, utilizada no lugar da medicina convencional (NICCH, 2021). Segundo a OMS (2013, 2019) são um amplo conjunto de práticas de saúde que não fazem parte da tradição do próprio país ou da medicina convencional e não estão totalmente integradas no sistema de saúde dominante. Em alguns países, algumas destas práticas são utilizadas de forma alternada ou paralela com a medicina convencional (Pegado, 2020).
<b>Saúde ou medicina complementar</b>	Abordagens e aplicações terapêuticas não convencionais, usadas em complemento à medicina convencional (NICCH, 2021). Pode ser utilizado em diferentes tipos de articulação disciplinar.
<b>Saúde ou medicina integrativa</b>	Reúne abordagens convencionais e complementares de forma coordenada. Enfatiza as intervenções multimodais, como as abordagens convencionais de saúde (medicação, reabilitação física, psicoterapia ou outros) e as abordagens de saúde complementares e/ou não convencionais (acupuntura, yoga, suplementos alimentares ou outros) a serem utilizadas em diferentes combinações. Visa a coordenação cuidada entre diferentes especialistas, provedores e instituições, e reúne abordagens convencionais, complementares e não convencionais para cuidar da pessoa como um todo e não apenas um órgão ou sistema (NICCH, 2021).
<b>Tai Chi terapêutico</b>	Conhecida como “meditação em movimento”, é uma prática <i>mindful</i> milenar, e que foi desenvolvida na China como uma arte marcial. A prática de Tai Chi implica a combinação de movimentos simultâneos e coordenados dos braços, pernas e das diferentes articulações do corpo. A execução é tendencialmente realizada de forma lenta, suave, e o foco do indivíduo está na correção das posturas físicas, na adoção de um estado mental meditativo e no controlo da respiração. Na vertente terapêutica, esta prática dirige-se para a promoção e reabilitação da saúde. (NCCIH, 2022).

<b>Terapêuticas convencionais (TNC)</b>	<b>não</b>	São, no ordenamento jurídico português, as terapêuticas “que partem de uma base filosófica diferente da medicina convencional e aplicam processos específicos de diagnóstico e terapêuticas próprias.” (Lei n° 45/2003, de 22 de Agosto). Atualmente, estão regulamentadas em Portugal sete profissões de saúde das TNC: Acupuntura, Medicina Tradicional Chinesa, Fitoterapia, Naturopatia, Homeopatia, Osteopatia e Quiropráxia (Lei n°71/2013, de 2 de Setembro)
---	------------	---

**Fonte:** Elaboração própria com base nos autores citados

### 2.3. BENEFÍCIOS DO MINDFULNESS PARA O DESENVOLVIMENTO DA LITERACIA EM SAÚDE

Segundo Vaz de Almeida (2020), Sørensen et al (2012) sistematizaram a abordagem e o conceito de literacia em saúde, definindo-o como um constructo multidimensional que leva ao desenvolvimento do:

*Conhecimento, competências e motivações dos indivíduos para aceder, compreender e aplicar a informação sobre a saúde de modo a fazer julgamentos e a tomar decisões no quotidiano sobre os cuidados de saúde, prevenção de doença e promoção da saúde para manter ou melhorar a qualidade de vida ao longo da vida. (Sørensen et al, 2012)*

Segundo a OMS (1998), bem como Sorensen et al. (2012) citados em Vaz de Almeida (2020) a concepção de literacia em saúde envolve o conhecimento e a motivação, sendo estes aspetos determinantes para a "tomada acertada de decisões" (Medical Library Association, 2008; Somers & Mahadevan, 2010) sobre os cuidados de saúde a adotar, a prevenção de doenças e a promoção da saúde (Sørensen e outros, 2012). Segundo Karelaia & Reb (2014), com a atenção plena, o processo de tomada de decisão transforma-se num exercício ponderado e cognitivo, em vez de uma reação impulsiva e instintiva que prioriza as necessidades imediatas: “Permanecer atento, significa estar presente, consciente dos seus pensamentos, sentimentos, sensações corporais e ambiente envolvente”.

**Figura 1 - Mindfulness na tomada de decisões**



**Fonte:** Adaptado de Karelaia & Reb (2014)

### 3. CONCLUSÕES

---

Face à transição do conceito de saúde e à conquista da autodeterminação sobre a saúde por parte dos cidadãos, práticas que como o Mindfulness outrora eram desconsideradas hoje assumem um papel relevante no contexto da saúde global. Assim, e tendo em conta a recente regulamentação das Terapêuticas Não Convencionais em Portugal - onde são incluídas práticas que incorporam os princípios *mindful* -, observa-se o aumento da probabilidade de os cidadãos portugueses acederem às práticas de mente-corpo, o aumento de interesse social e científico relacionado com a área e o aumento da produção de ganhos na saúde relacionados com estas práticas. Contudo, os desafios de integração destas práticas são complexos, e para que a integração possa ocorrer sem conflitos interprofissionais é necessário aumentar a literacia sobre o trabalho complementar em saúde entre os diferentes profissionais de saúde e setores sociais. Considerando a dinâmica atual de investigação, e tendo em conta a implementação de projetos de educação para a saúde que visam o ensino de práticas *mindful*, espera-se que a introdução do Mindfulness na sociedade portuguesa não ocorra apenas no contexto de saúde, mas também no contexto escolar.

### BIBLIOGRAFIA

---

- Acevedo, B. P., Pospos, S., & Lavretsky, H. (2016). The Neural Mechanisms of Meditative Practices: Novel Approaches for Healthy Aging. *Current behavioral neuroscience reports*, 3(4), 328–339. <https://doi.org/10.1007/s40473-016-0098-x>
- ACSS-Administração Central do Sistema de Saúde, IP. (2022). Lista de cédulas emitidas <https://rnp.min-saude.pt/tnc/faces/listaProfissionais.jsf>
- Amaral, P. (2021). Perfil epidemiológico de procura dos utilizadores de Medicina Tradicional Chinesa na região da Grande Lisboa. IHMT: SPIB - Dissertações de Mestrado. Lisboa: Instituto de Higiene e Medicina Tropical - Universidade Nova de Lisboa.
- Amaral, P. & Fronteira, I. (2021). Regulation of non-conventional therapies in Portugal: lessons learnt for strengthening human resources in health. *Hum Resour Health* 19, 114. doi: 10.1186/s12960-021-00655-3

- Asuero, A. M., Queraltó, J. M., Pujol-Ribera, E., Berenguera, A., Rodriguez-Blanco, T., & Epstein, R. M. (2014). Effectiveness of a mindfulness education program in primary health care professionals: a pragmatic controlled trial. *The Journal of continuing education in the health professions*, 34(1), 4–12. <https://doi.org/10.1002/chp.21211>
- Amutio, A., Martínez-Taboada, C., Hermosilla, D., & Delgado, L. C. (2015). Enhancing relaxation states and positive emotions in physicians through a mindfulness training program: A one-year study. *Psychology, health & medicine*, 20(6), 720–731. <https://doi.org/10.1080/13548506.2014.986143>
- Beshai S, McAlpine L, Weare K, Kuyken W. (2015). Anon-randomised feasibility trial assessing the efficacy of a mindfulness-based intervention for teachers to reduce stress and improve well-being. *Mindfulness*
- Bordenave, J., & Pereira, A. (2008). *Estratégias de ensino-aprendizagem*. Editora Vozes
- Bruscato, W.L.; Benedetti, C. & Lopes, S.R.A.(org). (2004). *A prática da psicologia hospitalar na Santa Casa de Misericórdia de São Paulo: novas páginas em uma antiga história*. São Paulo: Casa do Psicólogo <https://psicoterapiaepsicologia.webnode.com.br/products/a-psicologia-hospitalar/>
- Canguilhem, G. (1995). *O normal e o patológico*. (7.<sup>a</sup> ed.). Rio de Janeiro: Forense Universitária
- Canguilhem, G. (2005). *Escritos da medicina*. Rio de Janeiro: Forense Universitária
- Campos, S.(1999). *Subjetividade e administração de pessoal: considerações sobre modos de gerenciar o trabalho em equipes e saúde*.
- Cant, Sarah & Sharma. U (1999), *A New Medical Pluralism? Alternative Medicine, Doctors, Patients and the State*, Londres, Routledge. doi: 10.4324/9780203024973
- Chiodelli, R. (2022). *Mindfulness e solitude: um estudo com estudantes deslocados*. Algarve: Faculdade de Ciências Humanas e Sociais - Universidade do Algarve. Tese de doutoramento. Disponível na www: <https://sapientia.ualg.pt/handle/10400.1/18323>
- Cohen-Katz, J., Wiley, S. D., Capuano, T., Baker, D. M., Kimmel, S., & Shapiro, S. (2005). The effects of mindfulness-based stress reduction on nurse stress and burnout, Part II: A quantitative and qualitative study. *Holistic nursing practice*, 19(1), 26–35. <https://doi.org/10.1097/00004650-200501000-00008>
- Conversano, C., Orrù, G., Pozza, A., Miccoli, M., Ciacchini, R., Marchi, L., & Gemignani, A. (2021). Is Mindfulness-Based Stress Reduction Effective for People with Hypertension? A Systematic Review and Meta-Analysis of 30 Years of Evidence.

*International journal of environmental research and public health*, 18(6), 2882.  
<https://doi.org/10.3390/ijerph18062882>

Fountain-Zaragoza, S., & Prakash, R. S. (2017). Mindfulness Training for Healthy Aging: Impact on Attention, Well-Being, and Inflammation. *Frontiers in aging neuroscience*, 9, 11. <https://doi.org/10.3389/fnagi.2017.00011>

Fountain-Zaragoza, S., Londerée, A., Whitmoyer, P. & Prakash, R. (2016). Positional mindfulness and the wandering mind: Implications for attentional control in older adults. <https://doi.org/10.1016/j.concog.2016.08.003>

Frank JL, Reibel D, Broderick P, Cantrell T, Metz S. (2013). The effectiveness of mindfulness-based stress reduction on educator stress and well-being: results from a pilot study. *Mindfulness*. <https://doi.org/10.1007/s12671-013-0246-2>

Germer, K., Siegel, D., & Fulton, R. (Eds.). (2016). *Mindfulness and psychotherapy*. 2nd ed. Guilford Press

Germer, K. (2004). What is Mindfulness?. *Insight Journal*. [http://www.swarthmore.org.uk/wp-content/uploads/2012/10/insight\\_germermindfulness.pdf](http://www.swarthmore.org.uk/wp-content/uploads/2012/10/insight_germermindfulness.pdf)

Gregório, S. (2015). *Mindfulness : implicações clínicas*. Coimbra : [s.n.]. Tese de doutoramento. Disponível na www: <http://hdl.handle.net/10316/27157>

Goldberg, S. B., Tucker, R. P., Greene, P. A., Davidson, R. J., Wampold, B. E., Kearney, D. J., & Simpson, T. L. (2018). Mindfulness-based interventions for psychiatric disorders: A systematic review and meta-analysis[1] . *Clinical psychology review*, 59, 52–60. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2017.10.011>

Gu, Q., Hou, J. C., & Fang, X. M. (2018). Mindfulness Meditation for Primary Headache Pain: A Meta-Analysis. *Chinese medical journal*, 131(7), 829–838. <https://doi.org/10.4103/0366-6999.228242>

Gyatso, G. (2019). *Novo Manual de Meditação*. Tharpa

Hand in Hand project - Pedagoski Inštitut Ljubljana (2022, Novembro 20). *Sobre o projeto*. Hand in Hand. <https://handinhand.si/pt/home2/sobre-o-projeto/>

Hazlett-Stevens, H., Singer, J., & Chong, A. (2019). Mindfulness-Based Stress Reduction and Mindfulness-Based Cognitive Therapy with Older Adults: A Qualitative Review of [2] f Randomized Controlled Outcome Research. *Clinical gerontologist*, 42(4), 347–358. doi: 10.1080/07317115.2018.1518282

Herman, P. M., Anderson, M. L., Sherman, K. J., Balderson, B. H., Turner, J. A., & Cherkin, D. C. (2017). Cost-effectiveness of Mindfulness-based Stress Reduction Versus

Cognitive Behavioral Therapy or Usual Care Among Adults With Chronic Low Back Pain. *Spine*, 42(20), 1511–1520. <https://doi.org/10.1097/BRS.0000000000002344>

Iribary, I. (2003). Aproximações sobre a transdisciplinaridade: algumas linhas históricas, fundamentos e princípios aplicados ao trabalho de equipe. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722003000300007>

Janssen, M., Heerkens, Y., Kuijer, W., van der Heijden, B., & Engels, J. (2018). Effects of Mindfulness-Based Stress Reduction on employees' mental health: A systematic review. [3] *PloS one*, 13(1), e 0191332. doi: 10.1371/journal.pone.0191332

Kabat-Zinn, J. (2003). Mindfulness-based interventions in context: Past, present, and future. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 10(2). 144-156.

Kabat-Zinn, J. (2013). *Full Catastrophe Living : How to Cope With Stress, Pain and Illness Using Mindfulness Meditation*. New York: Bantam Books. Paperback Edition.

Karelaia, N., & Reb, J. (2014). Improving Decision Making Through Mindfulness. Forthcoming in *Mindfulness in Organizations*, Reb, J., & Atkins, P. (Eds.), Cambridge University Press., INSEAD Working Paper No. 2014/43/DSC, Available at SSRN: <https://ssrn.com/abstract=2443808>

Kozina, A. (2020). *Social, emotional and intercultural competencies for inclusive school environment across Europe*. Verlag Dr. Kovac GmbH: Hamburg.

Lei nº 71/2013 [Internet]. *Diário da República nº 168/2013. Serie I de 02-09-2013* <https://dre.pt/dre/detalhe/lei/71-2013-499569>

Lei nº 45/2003 [Internet]. *Diário da República nº193/2003, Serie I de 22-08-2003, Assembleia da república. 5391 - 5392.* <https://files.dre.pt/1s/2003/08/193a00/53915392.pdf>

Li, F., Harmer, P., Eckstrom, E., Fitzgerald, K., Chou, L. S., & Liu, Y. (2019). Effectiveness of Tai Ji Quan vs Multimodal and Stretching Exercise Interventions for Reducing Injurious Falls in Older Adults at High Risk of Falling: Follow-up Analysis of a Randomized Clinical Trial. *JAMA network open*, 2(2), e188280. <https://doi.org/10.1001/jamanetworkopen.2018.8280>

Loureiro, I. & Miranda, N. (2018). *Promover a saúde: dos fundamentos à ação*. (3ª ed.) Coimbra: Edições Almedina.

Malinowski, P., Moore, A. W., Mead, B. R., & Gruber, T. (2017). *Mindful Aging: The Effects of Regular Brief Mindfulness Practice on*

May, R., Bamber, M., Seibert, G., Sanchez-Gonzalez, M.A., Leonard, J., Salsbury, R. & Fincham, F. (2016). *Understanding the physiology of mindfulness: aortic*

- hemodynamics and heart rate variability. *The International Journal on the Biology of Stress*. 19(2). doi: 10.3109/10253890.2016.1146669
- Matos, L. C., Machado, J. P., Monteiro, F. J., & Greten, H. J. (2021). Understanding Traditional Chinese Medicine Therapeutics: An Overview of the Basics and Clinical Applications. *Healthcare (Basel, Switzerland)*, 9(3), 257. <https://doi.org/10.3390/healthcare9030257>
- Mehrsafar, A., Strahler, J., Gaerani, P., Khabiri, M., Sánchez, J.C.J., Moosakhani, A. & Zadeh, A.M. (2019) The effects of mindfulness training on competition-induced anxiety and salivary stress markers in elite Wushu athletes: a pilot study. *Physiology & Behavior*. 210. doi: 10.1016/j.physbeh.2019.112655
- Merkes M. (2010). Mindfulness-based stress reduction for people with chronic diseases. *Australian journal of primary health*, 16(3), 200–210. <https://doi.org/10.1071/PY09063>
- Ministério da Saúde. Freitas, Garcia & Felício (Coords.). (2022). Plano Nacional de Saúde 2021 - 2030 - Saúde Sustentável: de tod@s para tod@s. DGS - Direção - Geral da Saúde.
- Morais, J. (2021). O Efeito da Meditação Mindfulness na Actividade Eletrofisiológica: Avaliação do Estado de Concentração, Controlo Emocional e Qualidade de Vida. Lisboa: Faculdade de Ciências e Tecnologia - Universidade Nova de Lisboa. Tese de doutoramento. Disponível na www: <https://run.unl.pt/handle/10362/123165>
- Müller, G., Pfinder, M., Schmahl, C. et al. (2019). Cost-effectiveness of a mindfulness-based mental health promotion program: economic evaluation of a nonrandomized controlled trial with propensity score matching. *BMC Public Health* 19, 1309. <https://doi.org/10.1186/s12889-019-7585-4>
- NICCIH - National Center for Complementary and Integrative Health. (2021). NCCIH Strategic Plan FY 2021–2025: Mapping the Pathway to Research on Whole Person. Health. National Center for Complementary and Integrative Health website accessed at <https://nccih.nih.gov/about/nccih-strategic-plan-2021-2025> on 14 Agosto de 2022
- NICCIH - National Center for Complementary and Integrative Health (2021). Complementary, Alternative, or Integrative Health: What's In a Name? <https://www.nccih.nih.gov/health/complementary-alternative-or-integrative-health-whats-in-a-name>
- NICCIH - National Center for Complementary and Integrative Health (2022). Tai Chi: What do you need to know?. <https://www.nccih.nih.gov/health/tai-chi-what-you-need-to-know>

- NICCIH - National Center for Complementary and Integrative Health (2022). Qi Gong: What do you need to know?. <https://www.nccih.nih.gov/health/qigong-what-you-need-to-know>
- NICCIH - National Center for Complementary and Integrative Health (2022). Tai Chi: What do you need to know?. <https://www.nccih.nih.gov/health/tai-chi-what-you-need-to-know>
- Nilsson, H., Bülow, P. H., & Kazemi, A. (2015). Mindful Sustainable Aging: Advancing a Comprehensive Approach to the Challenges and Opportunities of Old Age. *Europe's journal of psychology*, 11(3), 494–508. doi: 10.5964/ejop.v11i3.949
- Nutbeam, D. (1998). Health promotion glossary. *Health Promotion International*, 13(4), 349–364. <https://doi.org/10.1093/heapro/13.4.349>
- Pegado, E. (2020). Medicinas complementares e alternativas: uma reflexão sobre definições, designações e demarcações sociais. *openedition Journals*. <https://journals.openedition.org/spp/7549>
- Pinheiro, D., & Rodrigues, M. (2021). Os Benefícios do Mindfulness para um envelhecimento saudável e sustentável. *JIM - Jornal De Investigação Médica*, 2(2), 036-052. doi: 10.29073/jim.v2i2.426
- Portaria n. 207-G/2014 [Internet]. Diário da República n. 194/2014, Série I de 2014–10–08, Ministérios da Saúde e Ministério do Ensino Superior. 5176(11)-5176(13). <https://files.dre.pt/1s/2014/10/19401/0001100013.pdf>
- Poulin PA, Mackenzie CS, Soloway G, Karayolas E. (2008). Mindfulness training as an evidenced-based approach to reducing stress and promoting well-being among human services professionals. *International Journal of Health Promotion & Education*. <https://doi.org/10.1080/14635240.2008.10708132>
- Purser, Ronald & Forbes, David & Burke, Adam. (2016). *Handbook of Mindfulness: Culture, Context and Social Engagement*. (Preface and TOC only). doi: 10.1007/978-3-319-44019-4.
- Roeser, R. W., Schonert-Reichl, K. A., Jha, A., Cullen, M., Wallace, L., Wilensky, R., Oberle, E., Thomson, K., Taylor, C., & Harrison, J. (2013). Mindfulness training and reductions in teacher stress and burnout: Results from two randomized, waitlist-control field trials. *Journal of Educational Psychology*, 105(3), 787–804. <https://doi.org/10.1037/a0032093>
- Sampaio de Carvalho, J. (2020). *Cultivar Mindfulness em contexto educacional : As abordagens baseadas em Mindfulness na promoção de competências socioemocionais e do bem-estar, nos alunos e nos professores*. Lisboa: Faculdade

de Psicologia - Universidade de Lisboa. Tese de doutoramento. Disponível na www: <http://hdl.handle.net/10451/45286>

Sanada, K., Montero-Marin, J., Alda Díez, M., Salas-Valero, M., Pérez-Yus, M.C., Morillo, H., Demarzo, M.M.P., García-Toro, M. & García-Campayo, J. (2016) Effects of Mindfulness-Based Interventions on Salivary Cortisol in Healthy Adults: A Meta-Analytical Review. *Front. Physiol.* 7:471. doi: 10.3389/fphys.2016.00471

Simonds, S.K.(1974). Health education as social policy. Health Education Monograph.

Song, R., Grabowska, W., Park, M., Osypiuk, K., Vergara-Diaz, G. P., Bonato, P., Hausdorff, J. M., Fox, M., Sudarsky, L. R., Macklin, E., & Wayne, P. M. (2017). The impact of Tai Chi and Qigong mind-body exercises on motor and non-motor function and quality of life in Parkinson's disease: A systematic review and meta-analysis. *Parkinsonism & related disorders*, 41, 3–13. doi: 10.1016/j.parkreldis.2017.05.019

Somers, S. A., & Mahadevan, R. (2010). Health literacy implications of the Affordable Care Act. Washington: Center for Health Care Strategies. Disponível em: [http://www.chcs.org/usr\\_doc/Health\\_Literacy\\_Implications\\_of\\_the\\_Affordable\\_Care\\_Act.pdf](http://www.chcs.org/usr_doc/Health_Literacy_Implications_of_the_Affordable_Care_Act.pdf)

Sørensen, K., Van den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., Brand, H., & (HLS-EU) Consortium Health Literacy Project European (2012). Health literacy and public health: a systematic review and integration of definitions and models. *BMC public health*, 12, 80. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>

Tang, YY. (2017). Physiology Mechanisms of Mindfulness Meditation. In: *The Neuroscience of Mindfulness Meditation*. Palgrave Macmillan, Cham. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-46322-3\\_3](https://doi.org/10.1007/978-3-319-46322-3_3)

Vaz de Almeida, C., Rodrigues, P., Rodrigues, M., Pinheiro, D. & Nunes, C. (2021). Bem-Estar, Mindfulness e Saúde Oral: Benefícios para Profissionais e Pacientes. Lisboa: APPSP. doi: 10.5281/zenodo.4557438

Vaz de Almeida (2020). O contributo das competências de comunicação dos médicos e enfermeiros para a literacia em saúde: O modelo ACP – Assertividade (A), Clareza (C) e Positividade (P) na relação terapêutica. Instituto Superior de Ciências Sociais e Políticas

Vega, B., Melero-Llorente, J., Perez, C., Cebolla, S., Mira, J., Valverde, C., & Fernández-Liria, A. (2014). Impact of mindfulness training on attentional control and anger regulation processes for psychotherapists in training. *Psychotherapy research : journal of the Society for Psychotherapy Research*, 24(2), 202–213. <https://doi.org/10.1080/10503307.2013.838651>

- Viana, C. (2015). Efeitos de um programa integrado de mindfulness e inteligência emocional sobre o bem-estar, a positividade e o stress percebido no trabalho. Évora: Universidade de Évora. Tese de doutoramento. Disponível na www: <https://dspace.uevora.pt/rdpc/handle/10174/20826>
- Vlemincx, E., Vigo, D., Vansteenwegen, D., Van den Bergh, O. & Van Diest, I. (2013). Do not worry, be mindful: effects of induced worry and mindfulness on respiratory variability in a nonanxious population. *Int J Psychophysiol.* 87(2):147-51. doi: 10.1016/j.ijpsycho.2012.12.002.
- Wang, C., Schmid, C. H., Fielding, R. A., Harvey, W. F., Reid, K. F., Price, L. L., Driban, J. B., Kalish, R., Roness, R., & McAlindon, T. (2018). Effect of tai chi versus aerobic exercise for fibromyalgia: comparative effectiveness randomized controlled trial. *BMJ (Clinical research ed.)*, 360, k851. <https://doi.org/10.1136/bmj.k851>
- WHO (1986). International Conference on Health Promotion, Ottawa, 17-21. November - Ottawa Charter for Health Promotion. (WHO/HPR/HEP/955.1)
- World Health Organization. (2019). WHO global report on traditional and complementary medicine 2019. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/312342>
- WHO - World Health Organization. (2013).
- WHO traditional medicine strategy: 2014-2023. World Health Organization. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/92455>
- WHO - World Health Organization (2012). Measurement of and target-setting for well-being: An initiative by the WHO regional office for Europe: Second meeting of the expert group. [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0009/181449/e96732.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0009/181449/e96732.pdf)
- WHO - World Health Organization WHO. (1998). The world health report 1998 Life in the 21st century: a vision for all. [https://apps.who.int/gb/archive/pdf\\_files/WHA51/ea3.pdf](https://apps.who.int/gb/archive/pdf_files/WHA51/ea3.pdf)
- WHO (1986). International Conference on Health Promotion, Ottawa, 17-21. November - Ottawa Charter for Health Promotion. <https://www.who.int/publications-detail-redirect/ottawa-charter-for-health-promotion>
- WHO - World Health Assembly, 67. (2014). Contributing to social and economic development: sustainable action across sectors to improve health and health equity. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/162850>
- Zhang, L., Lopes, S., Lavelle, T., Jones, K., Chen, L., Jindal, M., Zinzow, H. & Shi, L. (2022) Economic Evaluations of Mindfulness-Based Interventions: a Systematic Review. *Mindfulness* 13, 2359–237.. <https://doi.org/10.1007/s12671-022-01960-1>

Zou, L., Sasaki, J. E., Wang, H., Xiao, Z., Fang, Q., & Zhang, M. (2017). A Systematic Review and Meta-Analysis Baduanjin Qigong for Health Benefits: Randomized Controlled Trials. *Evidence-based complementary and alternative medicine : eCAM*, 2017, 4548706. <https://doi.org/10.1155/2017/4548706>

## A intervenção educativa do enfermeiro na promoção do autocuidado da pessoa idosa com incontinência urinária

---

### *The educational intervention of nurses in the promotion of self-care of the elderly with urinary incontinence*

**Carla Nascimento** 

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa/CIDNUR  
[carla.nascimento@esel.pt](mailto:carla.nascimento@esel.pt)

**Sónia Ferrão** 

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa/CIDNUR  
[sonia.ferrao@esel.pt](mailto:sonia.ferrao@esel.pt)

**Sara Santos** 

Centro Hospitalar Universitário Lisboa Norte  
[smms1974@gmail.com](mailto:smms1974@gmail.com)

**Conflito de interesses:** nada a declarar. **Financiamento:** nada a declarar.

Histórico:

**Submissão | Received:** 13/11/2021

**Aprovação | Accepted:** 06/07/2022

**Publicação | Published:** 23/12/2022



Todo o conteúdo do **JIM – Jornal de Investigação Médica** é licenciado sob *Creative Commons*, a menos que especificado de outra forma e em conteúdo recuperado de outras fontes bibliográficas.

## RESUMO

**Enquadramento:** A incontinência urinária é um fenómeno extremamente comum na pessoa idosa, considerada uma síndrome geriátrica devido à sua elevada prevalência e impacto na qualidade de vida. Enquanto condição pouco relatada e subdiagnosticada, decorrente do estigma social muitas vezes existente ou por ser percecionada como consequência inevitável do processo natural de envelhecimento, requer uma atenção particular na intervenção do enfermeiro.

**Objetivos:** Descrever a incontinência urinária como um problema de saúde na pessoa idosa; Identificar a intervenção educativa do enfermeiro enquanto estratégia facilitadora do autocuidado da pessoa idosa com incontinência urinária.

**Metodologia:** Revisão narrativa da literatura sobre incontinência urinária na pessoa idosa, com enfoque na intervenção do enfermeiro.

**Conclusão:** A intervenção de enfermagem apoio-educação parece ser uma estratégia facilitadora do autocuidado da pessoa idosa com incontinência urinária.

**Palavras-Chave:** Incontinência Urinária, Idoso, Enfermagem, Autocuidado

## ABSTRACT

**Background:** Urinary incontinence is an extremely common phenomenon in the elderly, being considered a geriatric syndrome due to its high prevalence and impact on quality of life. As a condition that is rarely reported and underdiagnosed, resulting from the social stigma that often exists or because it is perceived as an inevitable consequence of the natural aging process, it requires particular attention in the intervention of nurses.

**Objectives:** To describe urinary incontinence as a health problem in the elderly; Identify the educational intervention of nurses as a facilitating strategy for self-care for elderly people with urinary incontinence.

**Methodology:** Narrative review of the literature on urinary incontinence in elderly people, with a focus on nursing intervention.

**Conclusion:** The support-education nursing intervention is crucial for the self-care of the elderly person with urinary incontinence.

**Keywords:** Urinary Incontinence, Aged, Nursing, Self-Care

# 1. INTRODUÇÃO

---

Devido às melhorias das condições sanitárias e dos próprios cuidados de saúde prestados no último século, temos vindo a assistir gradualmente a um aumento da esperança média de vida (Rodrigues, 2018). Consequentemente, regista-se um acentuado envelhecimento da população com uma elevada prevalência de múltiplas morbilidades crónicas associadas o que, naturalmente, exerce um forte impacto na sociedade como um todo e exige adaptações e respostas em diversos níveis. As políticas de saúde têm vindo a apelar a uma maior participação e envolvimento dos cidadãos nos seus próprios cuidados de saúde, porém, nem sempre estão reunidas condições individuais e ambientais do ser humano para tal desiderato.

Atendendo a esta realidade, torna-se relevante refletir sobre a temática Incontinência Urinária (IU) na pessoa idosa, na medida em que a sua prevalência está associada à idade e a comorbilidades, tanto no homem como na mulher, tratando-se da disfunção urológica mais comum no idoso (Mota et al., 2014).

A *International Continence Society* (2015) define a IU como a perda involuntária de urina, havendo uma incapacidade de controlo do esfíncter uretral que se pode manifestar como perdas temporárias de urina ou micção total incompleta. A evidência científica tem dado destaque ao impacto da IU na qualidade de vida da pessoa idosa, com repercussões ao nível físico, psicológico, social, económico e/ou sexual sendo uma das causas para a perda da independência e autoestima, despoletando sentimentos de desconforto, constrangimento e vergonha podendo mesmo conduzir ao isolamento da pessoa (Ilkhan & Celikhisar 2021; Kessler et al., 2018; Oliveira et al., 2020; Santos, 2012; Shaw & Wagg, 2020). Em contexto de cuidados institucionais de longa duração, a pessoa idosa com IU apresenta maior risco de mortalidade, reforçando a necessidade da sua avaliação com recurso a instrumentos adequados e implementando estratégias adequadas de prevenção e tratamento (Huang et al., 2021).

Os dados epidemiológicos revelam que uma em cada três pessoas com mais de 65 anos pode manifestar IU (Associação Portuguesa de Urologia, 2014). Estima-se que em Portugal existam 600 000 pessoas com IU, sendo mais prevalente nas mulheres e em idade idosa (Associação Portuguesa de Neurologia e Uroginecologia, 2021).

Apenas cerca de 10% das pessoas com IU recorrem a ajuda clínica (Serviço Nacional de Saúde, 2017), tratando-se de uma condição subdiagnosticada e subtratada. Por um lado, a pessoa idosa não procura ajuda médica por vergonha, por medo do tratamento, pela ideia de que a IU pode precipitar a sua institucionalização. Por outro, os próprios profissionais de saúde nem sempre abordam esta dimensão da pessoa idosa, sugerindo alguma inércia clínica, conforme refere um estudo sobre o cuidado de enfermagem a

pessoas idosas com risco ou diagnóstico de IU num serviço de internamento hospitalar (Artero-Lopez et al., 2018).

Embora a idade seja um fator preponderante para a IU, esta não deve ser considerada como uma consequência natural ou inevitável do envelhecimento, como os próprios idosos muitas vezes pensam (Garret & Tomlin, 2015; Gibson & Wagg, 2014; Jung et al., 2015), requerendo uma atenção particular do enfermeiro no que respeita à sua prevenção, deteção precoce e promoção do autocuidado.

O presente estudo teve como objetivos: Descrever a incontinência urinária como um problema de saúde na pessoa idosa; Identificar a intervenção educativa do enfermeiro enquanto estratégia facilitadora do autocuidado da pessoa idosa com incontinência urinária.

Para dar resposta aos objetivos propostos, realizou-se uma revisão narrativa da literatura, recorrendo a diversas fontes bibliográficas. Para responder à questão “Que intervenções de enfermagem contribuem para a promoção do autocuidado da pessoa idosa com incontinência urinária?” realizou-se uma pesquisa da literatura nas bases de dados CINAHL e MEDLINE através da plataforma EBSCO host, limitada a publicações em português e inglês no período temporal de 2010 a 2020. A pesquisa incluiu artigos científicos e *guidelines* sobre incontinência urinária em pessoas com 65 ou mais anos, com enfoque na intervenção educativa do enfermeiro. Para tal, usaram-se os seguintes termos de pesquisa em combinação: “urinary incontinence”, “lower urinary tract symptoms”, “aged”, “elderly”, “geriatrics”, “nursing”.

## **2. DESENVOLVIMENTO**

### **INCONTINÊNCIA URINÁRIA NA PESSOA IDOSA**

A nível fisiopatológico, a IU caracteriza-se por uma pressão vesical (força expulsiva) superior à pressão uretral (força de encerramento). Um (ou mais) dos seguintes fatores que contribuem para a continência podem estar afetados: acomodação vesical; esfíncter uretral; suporte uretral pelo pavimento pélvico e coaptação da mucosa uretral (Abrams et al., 2016).

A IU apresenta diversos fatores predisponentes, nomeadamente, sexo feminino, idade avançada, etnia caucasiana, obesidade, diabetes mellitus, atividade sexual, atividade física, gravidez, multiparidade, menopausa, histerectomia, prostatectomia radical, ressecção transuretral, demência, enfraquecimento do tecido conjuntivo e dos músculos do pavimento pélvico e infeção do trato urinário (Carvalho et al., 2020).

A IU é muito comum na população idosa uma vez que o processo de envelhecimento está associado a várias alterações no trato urinário inferior. A capacidade de armazenamento da bexiga, a contratilidade e a capacidade de retardar a micção, estão geralmente diminuídas nesta faixa etária o que pode precipitar mais urgência e frequência urinária (Mota et al., 2014).

A evidência científica aponta um conjunto de fatores de risco à IU na pessoa idosa, designadamente: baixo nível de escolaridade e de literacia em saúde (Bolina et al., 2013; Cohn et al., 2018), infeção do trato urinário (Nazarko, 2013), depressão e défice cognitivo (Furnaletto & Emond, 2016; Kessler et al., 2018; Kwak et al., 2015; Schumpf et al., 2017), risco de quedas e fraturas (Soliman et al., 2016), limitações funcionais, limitação de mobilidade ou dependência, comorbilidade e fragilidade (Omli et al., 2013). Mais acresce que a IU pode ser considerada como um fator de risco de mortalidade, institucionalização e hospitalização (Gibson & Wagg, 2014).

Relativamente ao género, na mulher idosa a IU encontra-se associada a fatores obstétricos, multiparidade, cirurgia ginecológica, histerectomia, menopausa e obesidade (Carvalho et al., 2014). No homem idoso, apesar do grande avanço cirúrgico da atualidade, a prostatectomia radical mantém-se fortemente associada à IU (Radadia et al., 2018). Em Portugal, o cancro da próstata posiciona-se em primeiro lugar em termos de incidência das doenças oncológicas e é o segundo em termos de mortalidade nos homens. Estima-se que existam no país cerca de 25 000 homens com cancro da próstata diagnosticado; número que tem vindo a aumentar nos últimos anos (Serviço Nacional de Saúde, 2017). Uma vez que o seu tratamento pode incluir procedimentos com potencial impacto na continência urinária, tais como a prostatectomia radical ou a radioterapia, a IU adquire uma maior expressão nesta população. Do ponto de vista estritamente funcional, a preservação da continência urinária é um objetivo que deve ser alcançado após a cirurgia. Para tal, o ensino dos exercícios de fortalecimento da musculatura pélvica a fim de acelerar a recuperação pós-cirúrgica da continência urinária, deve ser iniciado e estimulado o mais precocemente possível continuando-se no período pós-cirúrgico (Radadia et al., 2018).

### **CLASSIFICAÇÃO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA**

Importa distinguir se a IU é uma situação transitória ou instalada/crónica na pessoa idosa, uma vez que as causas subjacentes diferem. Na IU transitória, por instalação de uma patologia aguda, surgem perdas urinárias que desaparecem ao eliminar a etiologia transitória associada. A IU transitória é geralmente precipitada por condições externas ao trato urinário, sendo responsável por um terço das causas de IU entre a população idosa na comunidade, e por metade das causas de IU no internamento hospitalar (Tamanini et al., 2017).

O surgimento súbito de IU na pessoa idosa é um sintoma de alerta para a presença de patologias subjacentes. Neste contexto, surge como instrumento de avaliação a mnemónica DIAPPERS (Junge et al., 2015) avaliando a presença de potenciais causas tratáveis de IU na pessoa idosa (Tabela 1).

**Tabela 1 - DIAPPERS: mnemónica para as potenciais causas tratáveis de IU na pessoa idosa**

<b>Delirium</b>
<b>Infeção urinária</b>
<b>Atrophic vaginitis (Vaginite atrófica)</b>
<b>Psychological disorders (alterações psicológicas)</b>
<b>Pharmaceuticals (Fármacos)</b>
<b>Excess urine output (diurese excessiva)</b>
<b>Restrição da mobilidade</b>
<b>Stool impactation (obstipação)</b>

Fonte: Adaptado de Junge et al. (2015)

Estas causas, de natureza reversível, devem ser tratadas resultando na resolução da IU. Se a IU persistir, devem ser consideradas causas com origem no trato urinário inferior.

A IU crónica tem um aparecimento gradual e permanece durante meses ou anos até a pessoa procurar ajuda (Gray & Moore, 2012). São várias as classificações de IU, sendo que os três tipos mais frequentemente encontrados na prática clínica são: incontinência urinária de esforço, incontinência urinária de urgência e incontinência urinária mista (Shaw & Wagg, 2020).

A IU de esforço é definida como a perda involuntária de urina relacionada com o aumento da pressão abdominal, associada ao exercício físico, tosse, espirro (Shaw & Wagg, 2020). Ocorre devido a uma combinação variável de uma disfunção do esfíncter intrínseco uretral e de um defeito anatómico ou fraqueza no suporte uretral, conduzindo a uma insuficiente pressão de encerramento da uretra.

A IU de urgência consiste na perda involuntária de urina que ocorre após uma forte sensação de urgência, isto é, um desejo repentino e compulsivo de urinar, como consequência da contração inapropriada do músculo detrusor hiperativo, durante a fase de enchimento. A IU de urgência é comumente apresentada com frequência urinária e noctúria, fazendo parte da síndrome da bexiga hiperativa (Shaw & Wagg, 2020). O quadro de imperiosidade da incontinência urinária é uma situação que condiciona fortemente a pessoa a sair de casa, tendo como preocupação a existência ou não de casas de banho, potenciando também o risco de quedas e de fraturas.

A IU mista existe quando ambos os componentes anteriores estão presentes, correspondendo a queixas de IU de esforço e IU de urgência (Shaw & Wagg, 2020).

A correta identificação das manifestações supramencionadas permite, na maioria dos casos, diagnosticar e classificar a IU. Deve pesquisar-se a duração e a evolução dos sintomas, quantificar a gravidade das perdas e a sua interferência na qualidade de vida da pessoa.

### **TRATAMENTO DA INCONTINÊNCIA URINÁRIA**

Segundo as diretrizes da Associação Europeia de Urologia, existem três tipos de tratamento da IU: tratamento conservador, tratamento farmacológico e tratamento cirúrgico (Lucas et al., 2015).

#### Tratamento conservador

O tratamento de primeira linha da IU é o tratamento conservador, incluindo uma intervenção educativa à pessoa idosa e família sobre o seguinte conjunto de informações: i)medicação; ii)tratamento da obstipação; iii)dispositivos anti-incontinência; iv)técnicas comportamentais (McIntosh et al., 2015; Roe et al., 2015; Santos, 2012); v)estilos de vida, contemplando a perda de peso, a reeducação alimentar, a atividade física e a cessação tabágica (Shaw & Wagg, 2020).

A pessoa com IU deve reduzir os alimentos que provocam a irritação da bexiga, nomeadamente, cafeína, bebidas com gás e alimentos ácidos e/ou picantes, uma vez que causam a instabilidade do músculo liso da parede da bexiga, aumentando a probabilidade de surgirem episódios de incontinência (Sanders, 2019; Shaw & Wagg, 2020).

A pessoa idosa apresenta um elevado risco de desidratação, sendo frequente a restrição da ingestão de líquidos para controlar a IU; situação que requer um cuidado acrescido, devendo, em regra, recomendar-se a ingestão de cerca de 1,5l de líquidos por dia (até meio da tarde para minimizar a noctúria).

As técnicas comportamentais consistem em intervenções de baixo custo e minimamente invasivas ao nível da reeducação pelvipérvica. Estas contribuem para otimizar o padrão miccional da pessoa, restaurando a atividade vesical e estimulando a recuperação do controlo da micção. Uma das técnicas utilizadas é o treino vesical (Santos, 2012) que consiste na aprendizagem de técnicas de relaxamento de modo a inibir de forma consciente a sensação de urinar, adiando deste modo a micção. A mesma é particularmente interessante em situações de incontinência instalada por instabilidade vesical ou incontinência de esforço.

Outra técnica comportamental comumente usada é a reabilitação do pavimento pélvico, através de treino da musculatura do pavimento pélvico, aumentando a resistência da

uretra, também designados por exercícios de Kegel - exercícios de contração dos músculos do pavimento pélvico - utilização de cones vaginais para contração dos músculos pélvicos, *biofeedback* do assoalho pélvico - colocação de uma sonda na vagina ou de um eléctrodo no períneo que informa se os músculos corretos foram contraídos – e através da estimulação elétrica (Sanders, 2019; Santos, 2012; Shaw & Wagg, 2020).

Se a IU de esforço é a manifestação predominante, a pessoa idosa pode optar pelo uso de dispositivos anti-incontinência. Na mulher, podem ainda ser utilizados dispositivos de suporte intravaginal ou pessários (Sanders, 2019; Shaw & Wagg, 2020; Stewart, 2018). Os dispositivos intravaginais servem para controlar a IU através da oclusão mecânica da uretra e/ou através da elevação e suporte do colo vesical. No homem, a mola peniana ou dispositivos urinários externos conectados a um sistema coletor de urina são opções terapêuticas para a contenção da incontinência (Flanagan et al., 2011; Gray & Moore, 2012).

#### Tratamento farmacológico

Numa segunda linha de tratamento figura o tratamento farmacológico, embora vários estudos não confirmem a sua efetividade e evidenciem múltiplos efeitos adversos (Sanders, 2019). Assim, o tratamento farmacológico deve ser proposto selecionando o medicamento com base na eficácia, segurança e custos para a pessoa idosa (Samuelsson et al., 2015).

#### Tratamento cirúrgico

Quando as estratégias conservadoras ou farmacológicas não proporcionam um alívio sintomático adequado, a cirurgia é frequentemente a opção disponível para melhorar a qualidade de vida da pessoa idosa com IU. A literatura demonstra que os idosos beneficiam da intervenção cirúrgica, no entanto, por comparação com pessoas mais jovens, a pessoa idosa pode estar mais propensa a ter resultados pós-operatórios adversos devido ao declínio fisiológico por vezes associado, multimorbidades e síndromes geriátricas (Dhesi & Partridge, 2018).

O tratamento cirúrgico contempla cirurgias minimamente invasivas realizadas por via laparotômica, laparoscópica ou perineal. Os procedimentos cirúrgicos passam pela colporrafia anterior, pelo procedimento de Burch, pela uretroplastia, pelos slings suburetrais retropúbicos (TVT), slings suburetrais transobturadores (TOT) e Single-sling incision (Sanders, 2019). Pode também ser utilizado o tratamento a laser, que fornece suporte ao pavimento pélvico devido ao efeito termogénico a nível do colagénio e

tratamento de volume uretral que consiste na injeção dos agentes de volume sob a mucosa uretral através de um cistoscópio após anestesia local (Sanders, 2019).

Relativamente às opções cirúrgicas da IU de urgência existe a neuromodulação sagrada, a estimulação elétrica percutânea do nervo tibial posterior e a injeção intravesical de toxina botulínica (Lucas et al., 2015).

Quando a IU não pode ser resolvida em absoluto, ou enquanto a pessoa aguarda tratamento cirúrgico, as medidas de prevenção e controlo da IU são extremamente importantes. Existem vários materiais de apoio sendo de salientar os produtos absorventes, particularmente, o uso de pensos, fraldas e resguardos. Se a pessoa e família optarem por estes produtos de continência, o ajuste apropriado para o conforto à sua utilização é essencial. Nestes casos, para evitar lesões cutâneas, nomeadamente a dermatite associada à incontinência, é necessário mudar com regularidade os produtos absorventes quando estes se encontram húmidos, usar cremes hidratantes ou fazer tratamento anti-fúngico, se necessário (Payne, 2015). Não obstante, importa salientar que todas as pessoas com IU têm risco de irritação e infeção da pele, exigindo a manutenção da integridade cutânea de forma a prevenir lesões. A preservação de um pH ácido da pele contribui para a manutenção da integridade cutânea, uma vez que inibe o crescimento bacteriano. Assim, é necessário realizar a higiene da região genital com produtos cuja faixa de pH não interfira na integridade da pele (pH entre 5,4 e 5,9). A utilização de água e sabão na higienização da pele não está indicada, uma vez que aumenta o seu pH, pelo que contribui para o crescimento bacteriano e, conseqüentemente, para a quebra da integridade cutânea. Recomenda-se que após a limpeza, a pele seja protegida de novos contactos com urina, recorrendo ao uso de um produto protetor ou de barreira (Arco et al., 2018).

### **INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PARA O AUTOCUIDADO DA PESSOA IDOSA**

Para definir um plano de intervenção adequado à pessoa idosa com IU, é fundamental realizar uma avaliação minuciosa e precisa que confirme a IU, identificar o tipo e os fatores que a influenciam. Neste sentido, e alavancado no modelo de cuidados centrados na pessoa (McCormack & McCance, 2006), o enfermeiro deve inicialmente explorar os sentimentos da pessoa idosa em relação à IU, identificar os seus valores, as suas crenças, preferências, objetivos e expectativas em relação ao tratamento, visando o seu envolvimento e participação nos processos de decisão que afetam a sua vida, comprometendo-se ativamente na gestão da sua doença.

A etapa seguinte consiste em identificar as características da IU de modo a determinar o seu tipo - início, duração, frequência, quantidade e tipo de perdas (jato ou gotejo contínuo), fatores precipitantes (tosse, espirro, riso, exercício, mudanças de posição).

Outros fatores a explorar serão os momentos em que acontecem as perdas, nomeadamente, se durante o dia ou no período noturno, se existe percepção de plenitude vesical, se consegue atrasar a micção após sentir vontade, se apresenta gotejamento pós-miccional, sensação de esvaziamento incompleto da bexiga, se possui sintomatologia obstrutiva (hesitação, diminuição ou interrupção do jato, esforço miccional) e sintomatologia de infeção urinária, como sendo, disúria e/ou hematúria (*National Institute for Health and Care Excellence*, 2013).

Segue-se a identificação e alteração dos fatores que contribuem para a IU na pessoa idosa - doenças associadas, medicação, dieta, padrão intestinal, elementos do meio envolvente (Yates, 2017). O tipo de apoio de que a pessoa idosa dispõe, a presença ou não de um cuidador, são também indicadores a incluir na abordagem e avaliação de enfermagem (Cera & Twiss, 2018).

Acresce a história médica revelante da pessoa idosa, medicação habitual, passado cirúrgico, se já realizou algum tratamento e a sua eficácia (Rocha & Redol, 2017). Outros aspetos inerentes recaem na informação de como a pessoa gere a IU no seu quotidiano, se usa algum dispositivo de retenção de urina (penso, fralda, dispositivo), fatores ambientais (acessibilidade e distância à casa de banho) e qual o impacto da IU na sua qualidade de vida, tendo em conta a dimensão pessoal, psicossocial, espiritual e económica, sem descuidar a dimensão sexual (Garrett & Tomlin, 2015).

Atualmente, existem várias escalas específicas para documentar o impacto da IU na qualidade de vida. Os instrumentos de avaliação mais comumente utilizados são *Urinary Incontinence Quality of Life Scale*, *King's Health Questionnaire* e *International Consultation on Incontinence Questionnaire-Short Form* (Abrams et al., 2016).

O exame físico inclui a avaliação da mobilidade física (destreza manual, marcha e equilíbrio), a avaliação cognitiva (estado mental, humor, motivação), observação do abdómen e da região pélvica (Gray & Moore, 2012).

Conhecer e interpretar exames complementares de diagnóstico é fundamental na avaliação da pessoa com IU. Estes consistem no exame sumário de urina, prova da resposta ao esforço, medição de resíduo pós-miccional por ecografia vesical e estudo urodinâmico (Gray & Moore, 2012). O diário miccional é igualmente importante para o diagnóstico da condição de IU, fornecendo informação sobre o número de micções, volume, número de perdas e episódios de urgência miccional. Devem ser registadas as 24 horas de, pelo menos, três dias consecutivos (Rocha & Redol, 2017).

Realça-se que para esta avaliação rigorosa da pessoa idosa com IU faz sentido uma avaliação multidimensional, contemplando dados da saúde física, do estado funcional e cognitivo, circunstâncias sociais e ambientais, conforme definido na estrutura *Comprehensive Geriatric Assessment* (Pilotto & Martin, 2018). Esta avaliação pressupõe

uma equipa multidisciplinar, tendo reconhecidos benefícios ao nível da precisão do diagnóstico, otimização do tratamento clínico, melhoria no prognóstico, restauração e manutenção da funcionalidade, apoio em situação de perda de autonomia e melhoria da qualidade de vida, pertinente nas situações de IU.

As intervenções de enfermagem à pessoa idosa com IU complexificam-se e podem ser sistematizadas nas orientações publicadas sobre a melhor evidência científica baseada nos protocolos de enfermagem geriátrica para uma melhor prática (Boltz et al., 2016). Os princípios gerais de prevenção e gestão da IU na pessoa idosa encontram-se na seguinte tabela (Tabela 2).

**Tabela 2** - Princípios gerais de prevenção e gestão da IU na pessoa idosa

Identificar e tratar causas de IU transitória.
Desenvolver um plano individualizado de cuidados a partir da história clínica e exame físico, em colaboração com outros membros da equipa de saúde.
Aplicar estratégias de gestão da IU crónica:
1. modificar o ambiente físico para facilitar a continência;
2. evitar cateteres urinários sempre que possível, minimizando risco de infeção do trato urinário;
3. monitorizar a ingestão de líquidos e manter hidratação adequada;
4. limitar a ingestão de alimentos irritantes da bexiga;
5. fornecer roupas íntimas usuais na expectativa de continência, se possível;
6. adequar os produtos absorventes para melhor atender às preferências da pessoa idosa;
7. evitar lesões cutâneas, proporcionando uma limpeza imediata após um episódio de perda de urina utilizando pomadas de barreira;
8. evitar medicamentos que possam contribuir para a IU;
9. considerar a perda de peso como uma meta de longo prazo para pessoas com índice de massa corporal superior a 27.

**Fonte:** Boltz et al (2016)

Pelo exposto, destaca-se a intervenção educativa do enfermeiro para a promoção do autocuidado na pessoa idosa, isto é, para as atividades que a pessoa inicia e executa em seu próprio benefício, na manutenção da vida, da saúde e do bem-estar (Orem, 2001). No contexto deste estudo, esta intervenção que assiste a conduta deontológica do enfermeiro no dever de informação consubstancia-se no reconhecimento da pessoa idosa de que a IU tem tratamento, no seu conhecimento sobre a patologia, gestão de sinais e sintomas, necessidade de alteração de estilos de vida, realização dos exercícios da musculatura do pavimento pélvico, cuidados de saúde inerentes e de como os executar e ainda, no como aceder aos serviços de saúde.

Neste articulado, o presente artigo traz como inovador o mapeamento e a interligação de dois referenciais teóricos em enfermagem (Teoria do Autocuidado e Modelo Centrado na Pessoa) para o cuidado à pessoa idosa com IU. Configura também a premissa da intervenção de enfermagem apoio-educação para o autocuidado (Orem, 2001) enquanto

prática de literacia em saúde (Sorensen et al., 2012). Neste pressuposto, importa compreender a relação existente entre literacia em saúde e comportamentos de autocuidado uma vez que os idosos são as pessoas que revelam ter menores níveis de literacia (Carneiro et al., 2017; Serrão et al., 2015), constituindo a literacia em saúde um fator preditor da capacidade de autocuidado e qualidade de vida nas doenças crónicas (Berkman et al., 2011; Henriques, 2017). Mais do que uma temática contemplada nas políticas nacionais de saúde (Direção-Geral da Saúde, 2019), este estudo defende a literacia em saúde como um requisito necessário para a defesa do princípio ético da autonomia da pessoa idosa, o que implica não só a existência de liberdade de escolha individual como também o respeito pela sua dignidade e integridade. Independentemente do nível de motivação e das competências da pessoa idosa, a sua autonomia pode ser potenciada através das oportunidades de aprendizagem ao longo da vida.

Enquanto precauções básicas da literacia em saúde – aceder e compreender informação - a intervenção educativa do enfermeiro junto da pessoa idosa com IU deve ser implementada de forma progressiva, identificando significados, respeitando hábitos, crenças, costumes e, principalmente, o conhecimento prévio da pessoa (McCormack & McCance, 2006).

A intervenção educativa que aqui tem lugar dirige-se às atitudes que a pessoa idosa consegue desenvolver, negociando pequenas mudanças e elogiando os progressos alcançados (Azizi et al., 2019; De Gagne et al., 2015; Schoberer et al., 2016), sabendo-se que quanto mais informada e envolvida a pessoa estiver, maior será a capacidade de cuidar de si e de tomar decisões (Ballard & Hill, 2016; Yeh et al., 2017). Como técnicas de literacia em saúde, assinala-se o uso do modelo ACP (Vaz de Almeida, 2020), a demonstração, o recurso ao suporte escrito e visual da informação a reter e a aplicação dos métodos *teach back* (reprodução da informação transmitida) e *ask me tree*, avaliando o grau de compreensão da informação (Direção-Geral da Saúde, 2019).

Neste processo educativo, e após o seu consentimento, a pessoa idosa deverá beneficiar também da participação e envolvimento da família nos cuidados; intervenção que tem sido recomendada para melhorar a segurança e a qualidade dos cuidados de saúde, reconhecendo-se que a presença da família diminui a ansiedade familiar, melhorando a perceção da prestação de cuidados e a satisfação da pessoa, perspetivando mais uma vez o referencial do modelo centrado na pessoa (Feo & Kitson, 2016; Gasparin et al., 2015; Mackiea et al., 2018).

Na resposta às necessidades da pessoa idosa com IU, este artigo visa enfatizar as competências educativas do enfermeiro na pessoa idosa com IU. Estas competências estão de igual modo presentes na estrutura de competências do enfermeiro em urologia proposta por Quallich et al (2016), constituída por 24 competências, bem como nas

competências de enfermagem avançada (Canadian Nurses Association, 2008; Gardner et al., 2013).

### 3. CONCLUSÕES

---

Ao descrever a IU enquanto um problema de saúde da pessoa idosa, a pesquisa realizada realça a intervenção de enfermagem apoio-educação como estratégia facilitadora da promoção do autocuidado. Advoga-se como implicações atuais e futuras para a prática de enfermagem as seguintes premissas: assegurar o acesso à informação conferindo à pessoa idosa a liberdade de fazer as suas escolhas informadas, respeitando princípios éticos da profissão; realizar a avaliação multidimensional da pessoa idosa caracterizando de forma abrangente e sistematizada a sua condição de saúde, do ponto de vista da resposta humana às transições e, simultaneamente, adotando uma conduta preventiva e antecipatória da IU; promover um ambiente físico e psicossocial gerador de proteção e segurança da pessoa idosa; gestão do risco, prevenindo riscos ambientais e de infeção urinária; educação, aconselhamento e promoção de boas práticas capacitando a pessoa idosa e família para o autocuidado da IU.

Reitera-se a necessidade de uniformizar instrumentos de avaliação da IU na pessoa idosa que permitam, não só a documentação dos cuidados de enfermagem e a sua continuidade, mas também a promoção de programas de melhoria contínua da qualidade dos cuidados, a deteção precoce de problemas existentes e o seu encaminhamento, e implementação de projetos de investigação na prática clínica, contribuindo de forma inequívoca e consertada para o desenvolvimento de práticas de literacia em saúde na pessoa idosa com IU.

### BIBLIOGRAFIA

---

- Abrams, P., Cardozo, L., Wagg, A., & Wein, A. (2016). *Incontinence* (6th ed). Health Publications Ltd.
- Arco, H., Costa, A., Machado, B., Anacleto, N., Silva, R. & Fonseca, S. (2018). Intervenções de enfermagem na dermatite associada à incontinência-revisão integrativa da literatura. *Enfermería Global*, 17(52),689-702. [https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n52/pt\\_1695-6141-eg-17-52-689.pdf](https://scielo.isciii.es/pdf/eg/v17n52/pt_1695-6141-eg-17-52-689.pdf)

- Artero-Lopez, C., Marquez-Hernandez, V. V., Estevez-Morales, M. T., & Granados Gamez, G. (2018). Inertia in nursing care of hospitalised patients with urinary incontinence. *Journal of Clinical Nursing*, 27, 1488–1496. <https://doi.org/10.1111/jocn.14289>
- Associação Portuguesa de Neurologia e Uroginecologia (2021). *Incontinência Urinária*. <https://apnug.pt/docs/2021/incontinencia2021.pdf>
- Associação Portuguesa de Urologia (2014). *Incontinência urinária*. [https://apurologia.pt/incontinencia/incontinencia\\_2014/Dossier\\_Inc\\_Urinaria\\_2014.pdf](https://apurologia.pt/incontinencia/incontinencia_2014/Dossier_Inc_Urinaria_2014.pdf)
- Azizi, M., Azadi, A., & Otaghi, M. (2019). The effect of a self-care programme on urinary incontinence and self-esteem in elderly men dwelling in nursing homes in Iran. *Aging Male*, 15, 1-7. <https://doi.org/10.1080/13685538.2019.1573891>
- Ballard, D., & Hill, J. (2016). The Nurse's Role in Health Literacy of Patients With Cancer. *Clinical Journal of Oncology Nursing*, 20(3), 232-234. <https://doi.org/10.1188/16.CJON.232-234>.
- Berkman, N., Sheridan, S., Donahue, K., Halpern, D., & Crotty K. (2011). Health literacy and health outcomes: an updated systematic review. *Annals of Internal Medicine*, 155(2), 97–107. <https://doi.org/10.7326/0003-4819-155-2-201107190-00005>
- Bolina, A. F., Dias, F. A., Santos, N. M. F., & Tavares, D. M. S. (2013). Self-reported urinary incontinence in elderly and its associated factors. *Rev Rene*, 14(2), 354-363. [periodicos.ufc.br/rene/article/view/3392](http://periodicos.ufc.br/rene/article/view/3392)
- Boltz, M., Capezuti, E., Fulmer, T., & Zwicker, D. (2016). *Evidence-based geriatric nursing protocols for best practice* (5th ed). Springer Publishing Company.
- Canadian Nurses Association (2008). *Advanced Nursing Practice - A National Framework*. [https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf/en/anp\\_national\\_framework\\_e.pdf](https://www.cna-aiic.ca/~media/cna/page-content/pdf/en/anp_national_framework_e.pdf)
- Carneiro, V., Silva, I., & Jóluskin, G. (2017). Literacia em saúde: um retrato da população portuguesa. *Revista de Estudios de Investigación en Psicología y Educacion*, 14, 133-137. <https://doi.org/10.17979/reipe.2017.0.14.2559>
- Carvalho, C., Santos, P. C. & Pereira, J. F. (2020). Literacia em incontinência urinária (Vol 3). Porto: Escola Superior de Saúde do Porto. Politécnico do Porto (ESSP.PP). <https://doi.org/10.26537/hq0j-nd53>
- Carvalho, M. P., M. P., Andrade, F. P., Peres, W... Seleme, M. R. (2014). O impacto da incontinência urinária e seus fatores associados em Idosas. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 17(4), 721-730. <http://dx.doi.org/10.1590/1809-9823.2014.13135>

- Cera, J. L., & Twiss, J. J. (2018). Focused integrative review of current continence care and prevention strategies: Expanding the role of the nurse practitioner. *Urologic Nursing, 38*(4), 169-176. <https://doi.org/10.7257/1053-816X.2018.38.4.169>
- Cohn, J. A., Shah, A. S., Goggins, K. M...Reynolds, W.S. (2018). Health literacy, cognition, and urinary incontinence among geriatric inpatients discharged to skilled nursing facilities. *Neurourology and Urodynamics, 37*, 854–860. <https://doi.org/10.1002/nau.23368>
- De Gagne, J. C., So, A., Wu, B., Palmer, M. H., & McConnell, E. S. (2015). The effect of a urinary incontinence self-management program for older women in South Korea: a pilot study. *International Journal of Nursing Sciences, 2*, 39–46. <https://doi.org/10.1016/j.ijnss.2015.01.002>
- Dhesi, J., & Partridge, J. (2018). Comprehensive Geriatric Assessment in Perioperative Medicine. In: Pilotto, A. & Martin, F. C. (eds.), *Comprehensive Geriatric Assessment. Practical Issues in Geriatrics* (pp. 149-57). [https://doi.org/10.1007/978-3-319-62503-4\\_4](https://doi.org/10.1007/978-3-319-62503-4_4)
- Direção-Geral da Saúde (2019). *Plano de Ação Para a Literacia Em Saúde 2019-2021*. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/plano-de-acao-para-a-literacia-em-saude-2019-2021.aspx>.
- Feo, R., & Kitson, A. (2016). Promoting patient-centred fundamental care in acute healthcare systems. *International Journal of Nursing Studies, 57*, 1–11. <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2016.01.006>
- Flanagan, L., Roe, B., Jack, B...Williams, K. (2011). Systematic review of care intervention studies for the management of incontinence and promotion of continence in older people in care homes with urinary incontinence as the primary focus. *Journal of Advanced Nursing, 12*(4), 600–611. <https://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2010.05481.x>
- Furlanetto, K., & Emond, K. (2016). “Will I come home incontinent?” A retrospective file review: Incidence of development of incontinence and correlation with length of stay in acute settings for people with dementia or cognitive impairment aged 65 years and over. *Collegian, 23*(1),79–86. <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2014.09.013>
- Garrett, D., & Tomlin, K. (2015). Incontinence and sexuality in later life. *Nursing older people, 27*(6), 26-29. <https://doi.org/10.7748/nop.27.6.26.e717>.
- Gardner, G. E., Chang, A. M., Duffield, C., & Doubrovsky, A. (2013). Delineating the practice profile of advanced practice nursing: a cross-sectional survey using the

- modified strong model of advanced practice. *Journal of Advanced Nursing*, 69(9), 1931-1942. <https://doi.org/10.1111/jan.12054>
- Gasparin, R., Champagne, M., Stephany., Hudson, J., & Fuchs, M. A. (2015). Policy to practice: increased Family Presence and the Impact on Patient-and Family-Centered Care Adoption. *The Journal of Nursing Administration*, 45(1), 28-34. <https://doi.org/10.1097/NNA.000000000000152>
- Gibson, W. & Wagg, A. (2014). New horizons: urinary incontinence in older people. *Age Ageing*, 43(2), 157–163. <https://doi.org/10.1093/ageing/aft214>
- Gray, M., & Moore, K. N. (2012). *Cuidados de Enfermagem em Urologia*. Lusociência.
- Henriques, A. (2017). Literacia em saúde e gestão do regime terapêutico. Cuidados e envelhecimento. *Perspetivas de enfermagem* (pp. 61- 87). Coisas de Ler.
- Huang, P. Luo, K., Wang, C., Guo, D., Wang, S., Jiang, Y., Huang, W., Zhang, W., Ding, M., & Wang, J. (2021). Urinary Incontinence Is Associated With Increased All-Cause Mortality in Older Nursing Home Residents: A Meta-Analysis. *Journal of nursing scholarship: an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing*, 53(5), 561–567. <https://doi.org/10.1111/jnu.12671>
- Ilkhan, G. D., & Celikhisar, H. (2021). The effect of incontinence on sleep quality in the elderly. *International journal of clinical practice*, 75(5), e13965. <https://doi.org/10.1111/ijcp.13965>
- International Continence Society (2015). *Fact sheets: A background to fecal and urinary incontinence*. <https://www.ics.org/%20public/factsheets>
- Jung, H., Kim, H., & Cho, S. (2015). A current perspective on geriatric lower urinary tract dysfunction. *Korean Journal of Urology*, 56, 266–275. <https://doi.org/10.4111/kju.2015.56.4.266>
- Kessler, M., Facchini, L. A., Soares, M. U., Nunes, B. P., França, S. M., & Thumé, E. (2018). Prevalence of urinary incontinence among the elderly and relationship with physical and mental health indicators. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 21(4), 397-407. <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.180015>
- Kwak, Y., Kwon, H., & Kim, Y. (2015). Health-related quality of life and mental health in older women with urinary incontinence. *Aging Ment Health*, 8, 1–8. <https://doi.org/10.1080/13607863.2015.1033682>
- Lucas, M. G., Bedretdinova, D., Bosch, J. L. H. R., Burkhard, F., Cruz, F., Nambiar, A. K, ... Pickard, R. S. (2015). *European Association of Urology - Guidelines on Urinary*

*Incontinence.* <https://uroweb.org/wp-content/uploads/EAU-Guidelines-Urinary-Incontinence-2015.pdf>

Mackiea, B. R., Mitchell, M., & Marshall, A. (2018). The impact of interventions that promote family involvement in care on adult acute-care wards: An integrative review. *Collegian*, 25, 131-140, <https://doi.org/10.1016/j.colegn.2017.01.006>

McCormack, B. & McCance, T. V. (2006). Development of a framework for personcentred nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 56(5), 472–479. <http://doi.org/10.1111/j.1365-2648.2006.04042.x>

McIntosh, L., Andersen, E., & Reekie, M. (2015). Conservative treatment of stress urinary incontinence in women: A 10-year (2004-2013) scoping review of the literature. *Urologic Nursing*, 35(4), 179-186.

Mota, A., Figueiredo, A., Ferreira, C. A., Castelo, D., Parada, B., Nunes, P., & Rolo, F. (2014). Patologia urológica e envelhecimento. In: Veríssimo, M. *Geriatría fundamental* (pp. 203-224). Lidel.

National Institute for Health and Care Excellence (2013). *Urinary Incontinence: The Management of Urinary Incontinence in Women: Clinical Guideline (CG171)*. <https://www.nice.org.uk/guidance/cg171>

Nazarko, L. (2013). Recurrent urinary tract infection in older women: an evidence- based approach. *British Journal of Community Nursing*, 18(8), 407-412. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2013.18.8.407>

Oliveira, L., Tavares, A., Amorim, T., Paiva, A., Salimena, A. (2020). Impact of urinary incontinence on women's quality of life: an integrative literature review. *Revista Enfermagem UERJ*, 28, 1–8. <http://login.ezproxy.lib.umn.edu/login?url=http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&AuthType=ip,uid&db=rzh&AN=148302406&site=ehost-live>

Omlí, R., Hunskaar, S., Mykletun, A., Romild, U., & Kuhry, E. (2013). Urinary incontinence and risk of functional decline in older women: data from the Norwegian HUNT-study. *BMC Geriatrics*, 13(1), 47. <https://doi.org/10.1186/1471-2318-13-47>

Orem, D. E. (2001). *Nursing: Concepts of practice* (6th ed.). Mosby.

Payne, D. (2015). Selecting appropriate absorbent products to treat urinary incontinence. *British Journal of Community Nursing*, 20(11), 551-558. <https://doi.org/10.12968/bjcn.2015.20.11.551>.

Pilotto, A. & Martin, F. C. (eds.) (2018). *Comprehensive Geriatric Assessment. Practical Issues in Geriatrics*. [https://doi.org/10.1007/978-3-319-62503-4\\_4](https://doi.org/10.1007/978-3-319-62503-4_4)

- Quallich, S., Bumpus, S. M., & Lajiness, S. (2016). Competencies for the Nurse Practitioner Working with Adult Urology Patient. In: Lajiness, M. & Quallich, S. *The Nurse Practitioner in Urology* (398-412). Springer.
- Radadia, K. D., [Farber, N. J.](#), [Shinder, B.](#), [Polotti, C. F.](#), [Milas, L. J.](#) & [Tunuguntla, H.S.G.R.](#) (2018). Management of Prostatectomy Urinary Incontinence: A Review. *Urology*, 1(13), 13-19. <https://doi.org/10.1016/j.urology.2017.09.025>.
- Rocha, C., & Redol, F. (2017). Intervenção de Enfermagem na Pessoa com Alterações da Eliminação Vesical e Intestinal. In: Marques Vieira, C. & Sousa, L. *Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida* (pp. 271-280). Lusodidacta.
- Rodrigues, T. (2018). *Envelhecimento e políticas de saúde*. Fundação Manuel dos Santos.
- Roe, B., Flanagan, L., & Maden, M. (2015). Systematic review of systematic reviews for the management of urinary incontinence and promotion of continence using conservative behavioural approaches in older people in care homes. *Journal of Advanced Nursing*, 71(7), 1464-1483. <https://doi.org/10.1111/jan.12613>.
- Samuelsson, E., Odeberg, J., Stenzelius, K.... [Midlöv, P.](#) (2015). Effect of pharmacological treatment for urinary incontinence in the elderly and frail elderly: A systematic review. *Geriatrics Gerontology International*, 15(5), 521–534. <https://doi.org/10.1111/gqi.12451>
- Sanders, K. (2019). Treatment of Stress Urinary Incontinence in Women: A Medical and Surgical Review. *Urologic Nursing*, 39(1), 29. <https://doi.org/10.7257/1053-816x.2019.39.1.29>
- Santos, C. (2012). Reeducação Perinoesfinteriana. In. Silva, M. M., Duarte, A., Galo, J., & Domingues, N. (org.). *Enfermagem em Urologia* (pp.166-170). Lidel.
- Schoberer, D., Leino-Kilpi, H., Breimaier, H., Halfens, R., & Lohrmann, C. (2016). Educational interventions to empower nursing home residents: a systematic literature review. *Clinical Interventions in Aging*, 11, 1351–1363. <https://doi.org/10.2147/CIA.S114068>
- Schumpf, L.F., Theil, N., Scheiner, D. A., Fink, D., Riese, F., & Betschart, C. (2017). Urinary incontinence and its association with functional physical and cognitive health among female nursing home residents in Switzerland. *BMC Geriatrics*, 17, 1-17. <https://doi.org/10.1186/s12877-017-0414-7>
- Serviço Nacional de Saúde (2017). *Rede Nacional de Especialidade Hospitalar e de Referência - Urologia*. <file:///D:/eliminacao%20vesical/RNEHR-Urologia-Aprovada-8-agosto-17.pdf>

- Serrão, C., Veiga, S. & Vieira, I. (2015). Literacia em Saúde: resultados obtidos a partir de uma amostra de pessoas idosas portuguesas. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental* (Ed. Esp. 2), 33-38. [www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe2/nspe2a06.pdf](http://www.scielo.mec.pt/pdf/rpesm/nspe2/nspe2a06.pdf)
- Shaw, C., & Wagg, A. (2020). Urinary and fecal incontinence in older adults. *Medicine*, 49(1), 44–50. <https://doi.org/10.1016/j.mpmed.2020.10.012>
- Soliman, Y., Meyer, R., & Baum, N. (2016). Falls in the elderly secondary to urinary symptoms. *Reviews in Urology*, 18, 28–32. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4859925/>
- Sørensen, K., Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. *BMC Public Health*, 12(80), 1-13. <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>.
- Stewart, E. (2018) Assessment and management of urinary incontinence in women. *Nursing Standard*, 33(2), 75-82. <https://doi.org/10.7748/ns.2018.e11148>
- Tamanini, J. T. N., Pallone, L.V., Sartori, M.G.F...Peva, V. K. (2017). A populational based survey on the prevalence, incidence, and risk factors of urinary incontinence in older adults-results from the "SABE STUDY". *Neurorol Urodyn*, 37(1), 466-477. <https://doi.org/10.1002/nau.23331>.
- Vaz de Almeida, C. (2020). Literacia em saúde e capacitação dos profissionais de saúde: o modelo de comunicação em saúde ACP. <http://hdl.handle.net/10400.26/34417>.
- Yates, A. (2017). Incontinence and associated complications: is it avoidable? *Nurse Prescribing*, 15(6), 288-295. <https://doi.org/10.12968/npre.2017.15.6.288>
- Yeh, M., Wu, S. & Tung, T. (2017). The relation between patient education, patient empowerment and patient satisfaction: a cross-sectional-comparison study. *Applied Nursing Research*, 39, 11-17. <https://doi.org/10.1016/j.apnr.2017.10.008>



## Adesão ao Regime Medicamentoso e Risco de Quedas em Idosos na Comunidade

### *Elderly Adherence to the Medication Regimen and Risk of Falls in the Community*

**Maria Luísa Santos** 

Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny  
[mhsantos@esesjcluny.pt](mailto:mhsantos@esesjcluny.pt)

**Tânia Marlene Lourenço** 

Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny  
[tmlourenco@esesjcluny.pt](mailto:tmlourenco@esesjcluny.pt)

**Maria Eva Sousa** 

Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny  
[sousaeva@esesjcluny.pt](mailto:sousaeva@esesjcluny.pt)

**Kelly Andrade** 

Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny  
[kellyandrade99@hotmail.com](mailto:kellyandrade99@hotmail.com)

**Mónica Santos** 

Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny  
[monicajsantos18@gmail.com](mailto:monicajsantos18@gmail.com)

**Daniela Filipa Moreira** 

Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny  
[filipamoreira33@gmail.com](mailto:filipamoreira33@gmail.com)

**Ricardo Novita** 

Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny  
[ricardonovita@hotmail.com](mailto:ricardonovita@hotmail.com)

**Nuno Teixeira** 

Escola Superior de Enfermagem São José de Cluny  
[n Teixeir07@gmail.com](mailto:n Teixeir07@gmail.com)

**Conflito de interesses:** nada a declarar. **Financiamento:** nada a declarar.

Histórico:

**Submissão | Received:** 16/11/2021

**Aprovação | Accepted:** 30/06/2022

**Publicação | Published:** 23/12/2022



Todo o conteúdo do **JIM – Jornal de Investigação Médica** é licenciado sob *Creative Commons*, a menos que especificado de outra forma e em conteúdo recuperado de outras fontes bibliográficas.

## RESUMO

---

**Introdução:** O envelhecimento da população é uma realidade mundial e nacional que acarreta novos desafios para a saúde. A ocorrência de quedas está diretamente relacionada a circunstâncias multifactoriais, intrínsecas e extrínsecas, sendo o uso de medicamentos, várias vezes mencionado pelos autores, como sendo um fator de risco de quedas preponderante nos idosos. Contudo, a adesão à terapêutica também pode ser considerada como um fator protetor das quedas.

**Objetivos:** identificar a adesão ao regime medicamentoso e o risco de quedas dos idosos na comunidade; analisar a relação entre a adesão ao regime medicamentoso e o risco de quedas dos idosos na comunidade.

**Material & Métodos:** Estudo transversal descrito-correlacional e de natureza quantitativa, com uma amostra não probabilista por convivência de 127 idosos inscritos nos Centros de Dia de um Concelho da Região Autónoma da Madeira. Utilizou-se a Escala de Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) e a Escala de Risco de Quedas (ERQ). Os dados foram tratados com recurso à estatística descritiva e inferencial através do SPSS.

**Resultados & Discussão:** Dos idosos estudados, 86,6% era do género feminino, sendo a idade média de 74,23+/-7,9 anos, e 73,2% pertenciam à classe social média baixa. Tomam em média 6,81 (+/-4,43) comprimidos por dia, e apresentam uma elevada taxa de adesão ao regime medicamentoso com média de 37,7+/-4,3 na MAT (12-42). Apresentam um baixo risco de queda, associado a uma elevada confiança, com média de 78+/-18,7 na ERQ (12-100), sendo o número mediano de quedas no último ano 0. Verificou-se uma ausência de correlação entre a MAT e a ERQ ( $\rho=0,03$ ;  $p=0,740$ ), e uma correlação fraca não estatisticamente significativa entre o número de medicamento tomados e o número de quedas ( $\rho=0,114$ ;  $p=0,206$ ).

**Conclusão:** Os idosos aderem à medicação prescrita e apresentam baixo risco de queda, não sendo possível identificar a associação significativa entre eles. Sugerimos outros estudos de forma a melhor conhecer estes fenómenos e prestar melhores cuidados de saúde a esta população vulnerável.

**Palavras-Chave:** Adesão terapêutica, Risco de queda, Idosos, Comunidade

## ABSTRACT

---

**Introduction:** Population aging is a global and national reality that poses new health challenges. The occurrence of falls is directly related to multifactorial, intrinsic, and extrinsic circumstances, such as the use of medication, several times mentioned by the authors, as being a preponderant major risk factor for falls in the elderly people. However, adherence to therapy can also be considered as protective factor against falls.

**Background:** Analyze individual's adherence to the treatment regimen and correlate that adherence with the confidence level of elderly.

**Goals:** to identify adherence to the medication regimen and the risk of falls among the elderly in the community; to analyze the association between adherence to the medication regimen and the risk of falls among the elderly in the community.

**Material and Methods:** Cross-sectional, descriptive-correlational, and quantitative study, with a non-probabilistic sample by connivance of 127 elderly people enrolled in the Day Care Centers of a Municipality in the Autonomous Region of Madeira. The Treatment Adherence Measurement Scale (MAT) and the Risk of Falls Scale (ERQ) were used. Data were analyzed using descriptive and inferential statistics using SPSS.

**Results and Discussion:** Of the elderly studied, 86,6% were female, with a mean age of 74,23+/-7,9 years, and 73.2% belonged to the lower middle social class. They take an average of 6,81 +/-4.43 pills per day and have a high rate of adherence to the medication regimen with an average of 37,7+/-4,3 on the MAT (12-42). They have a low risk of falling, associated with high confidence, with an average of 78+/-18,7 on the ERQ (12-100), with the median number of falls in the last year being 0. There was no correlation between MAT and ERQ ( $\rho=0.03$ ;  $p=0.740$ ), and a weak, non-statistically significant correlation between the number of pills taken and the number of falls ( $\rho=0.114$ ;  $p=0.206$ ).

**Conclusion:** The elderly adheres to the prescribed medication and have a low risk of falling, and it is not possible to identify a significant association between them. We suggest other studies to better understand these phenomena and provide better health care to this vulnerable population.

**Keywords:** Therapeutic Adherence, Falls risk, Elderly, Community

# 1. INTRODUÇÃO

---

O envelhecimento da população é uma realidade mundial e nacional que acarreta novos desafios para a saúde. Se há cerca de um século atrás as preocupações se debruçavam, por exemplo, para as respostas a dar face à mortalidade infantil e perinatal, hoje, a pirâmide etária apresenta contornos que exigem um novo olhar sobre o envelhecimento populacional.

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (2019), no ano 2019 havia cerca de 703 milhões de pessoas com 65 anos ou mais em todo o mundo, no entanto, prevê-se que este número aumente, e que, nomeadamente, duplique para 1,5 biliões em 2050.

Para o Instituto Nacional de Estatística (2018), a nível nacional, o envelhecimento demográfico continua a aumentar e esse facto é verificado comparativamente ao ano 2017, no qual houve um aumento de cerca de 2,2 milhões de pessoas, no que diz respeito à população com idade igual ou superior a 65 anos, ou seja, mais 30 mil no ano de 2018 que em 2017, o que representa, respetivamente, 13,7% e 21,8% da população total. Numa perspetiva futura, o Instituto prevê ainda que o número de idosos em Portugal passará de 2,2 milhões em 2018 para 2,8 milhões em 2080.

Deste modo, o envelhecimento humano é definido pela Direção-Geral da Saúde (2012), como sendo um processo natural que é caracterizado por alterações estruturais e funcionais. Assim sendo, é impossível datar o seu começo, porque de acordo com o nível no qual ele se situa (biológico, psicológico ou sociológico), a sua velocidade e gravidade variam de indivíduo para indivíduo. Este avançar da idade é normalmente acompanhado pelo aumento da probabilidade de ocorrência de doenças crónicas e a medicação é frequentemente a principal modalidade de tratamento para tais doenças. Contudo, tal como afirma Simão (2009) um dos principais problemas com que o sistema de saúde se confronta, está relacionado com o abandono ou o cumprimento incorreto dos tratamentos prescritos pelos profissionais de saúde, sendo que uma das mais importantes causas de insucesso terapêutico tem a ver com a própria não adesão aos tratamentos.

Para Simão (2009), a adesão refere-se à aquisição das prescrições médicas (...), ao tomar a dose correta de medicação para cada dia e à implementação e manutenção do tratamento pelo período estabelecido, enquanto que a Organização Mundial da Saúde (OMS), citada por Rodrigues e Prates (2011), apresenta uma visão mais holística deste conceito, afirmando que a adesão terapêutica não diz respeito apenas ao comportamento da pessoa na toma da medicação, mas também ao cumprimento da dieta e às alterações dos hábitos ou estilos de vida, correspondentes às recomendações veiculadas pelos profissionais de saúde, sendo que relaciona-se sobretudo com a adesão ao autocuidado, no qual o indivíduo esforça-se para atingir um bom nível de saúde, trabalhando em

colaboração com os profissionais, em vez de se limitar a seguir as regras que lhes são impostas.

Assim sendo, a adesão das pessoas perante o regime terapêutico não se limita apenas aos esquemas terapêuticos que lhes são prescritos, mas também à adoção de comportamentos conscientes, nos quais se incluem a modificação dos estilos de vida, o dispêndio de dinheiro e tempo e a própria relação estabelecida com o seu médico. Dentro dos vários fatores que podem estar associados a uma fraca adesão ao regime medicamentosos, destacam-se a sobrecarga de medicamentos (polimedicação), a frequência das tomas e os próprios efeitos secundários. Vários estudos têm demonstrado que a não adesão, está relacionada com variáveis como a compreensão da pessoa sobre o regime de tratamento, a informação fornecida e até a satisfação com a consulta em que a informação foi dada, pelo que também poderão ser benéficas, contribuindo para uma maior adesão ao tratamento (Simão, 2009; El-Saifi et al, 2018; Gomes et al, 2019).

Uma das medidas para melhorar a adesão dos doentes ao regime terapêutico é identificar as atitudes, ou seja, as causas que os fazem interromper o tratamento, promovendo o conhecimento sobre a doença e o próprio tratamento. Desta forma, Rodrigues e Prates (2011) defendem que é necessário avaliar os níveis de adesão ao regime medicamentosos recorrendo, para isso, a instrumentos destinados a esta avaliação, tais como a Escala de Medida de Adesão aos Tratamentos (MAT), validada para a população portuguesa. Esta escala composta por sete itens, permite avaliar o comportamento do indivíduo relativamente ao uso diário dos medicamentos, sendo que, além de permitir aceder às diversas dimensões do problema de análise, permite igualmente ser aplicado diretamente na forma de questionário ou indiretamente pelo profissional de saúde na forma de entrevista estruturada.

Neste âmbito importa-nos igualmente conhecer em que medida a toma de medicação poderá ou não contribuir para o risco de queda em idosos uma vez que, dentro de muitos fatores apresentados que são preponderantes na relação direta com as quedas, a Organização Mundial de Saúde (2007), faz referência ao uso de medicamentos, onde as pessoas idosas, que estão mais propensas a tomar mais medicamentos devido às suas comorbilidades inerentes ao processo natural de envelhecimento, estão mais sujeitas a cair. Assim sendo, as quedas são consideradas como um risco que está inerente ao nosso quotidiano, pelo qual, Coimbra, Gasparotto e Falsarella (2017), definem-nas como sendo “um contacto não intencional com a superfície de apoio, conseqüente da alteração de posição do indivíduo para um nível inferior à sua posição inicial, sem que tenha havido um factor intrínseco determinante ou acidente inevitável e sem perda de consciência.”.

Em consonância com o supracitado, a Direção-Geral da Saúde (2012), afirma que, nas pessoas com mais de 65 anos, as quedas não intencionais são uma importante causa de mortalidade, morbidade e incapacidade com elevado impacto na saúde e qualidade de

vida das pessoas. Deste modo, as quedas nesta faixa etária estão diretamente relacionadas com as condições iatrogénicas, isto é, induzidas por diagnósticos e tratamentos. Neste sentido, a prescrição excessiva de medicamentos que têm efeitos secundários, as interações entre os medicamentos, a dosagem inadequada e a falta de informação para a consciencialização sobre os riscos, constituem fatores predominantes no aumento das quedas nos idosos (Berková & Berka, 2018).

Por outro lado, Lavrador (2016) e Silva (2012) referem que a adesão à terapêutica é um dos fatores protetores das quedas assim como um fator determinante para a eficácia do tratamento, sendo que, uma incorreta adesão ao regime medicamentoso pode levar à perda da eficácia do tratamento implementado, contribuindo deste modo para o aumento do risco de queda. Sob outra perspetiva, uma revisão recente da literatura (Chen, Zhu & Zhou, 2018) identificou vários estudos que associaram o esquema terapêutico a um aumento do número de quedas em idosos. Um outro estudo com 343 idosos em contexto comunitário concluiu que, até esquema medicamentoso com poucos medicamentos, têm riscos acrescidos de quedas (Le et al, 2021).

Perante esta evidência, o presente estudo teve como principais objetivos: identificar a adesão ao regime medicamentoso e o risco de quedas dos idosos na comunidade; analisar a relação entre a adesão ao regime medicamentoso e o risco de quedas dos idosos na comunidade.

## **2. MATERIAL E MÉTODOS**

---

Trata-se de um estudo transversal descrito-correlacional e de natureza quantitativa. Utilizou-se uma amostra não probabilista por conviência de 127 idosos inscritos nos Centros de Dia de um Concelho da Região Autónoma da Madeira, alocados para a pesquisa após uma sessão de informação. Utilizou-se os seguintes critérios de inclusão: idade  $\geq$  65 anos, (ter condições físicas e mentais para responder à entrevista) e aceitar participar no estudo.

O procedimento de recolha de dados, contou com a participação do investigador e decorreu em abril de 2019. O Instrumento de colheita de dados foi estruturado em três partes fundamentais. A primeira parte explora a caracterização sociodemográfica dos sujeitos (inclui a Escala Graffar – determinar o nível socioeconómico), a segunda contempla a Escala de Medida de Adesão ao Tratamento (MAT) e a terceira a inclui a Escala de Risco de Quedas (ERQ - Versão Portuguesa da Falls Efficacy Scale).

A MAT (Delgado & Lima, 2001) é composta por 7 itens, sendo respondidos numa escala de tipo Likert de 6 pontos, que vão desde 1 (Sempre) a 6 (Nunca). Os valores obtidos

resultam da soma dos valores de cada item e a sua divisão pelo número de itens total, permitindo avaliar o comportamento do indivíduo em relação ao uso diário dos medicamentos, bem como qualificar o nível de adesão aos tratamentos. Assim, quanto maior for os valores, maior será o nível de adesão do indivíduo. Porém, no caso de trabalhar os dados e obter um padrão de adesão, os autores do instrumento mencionam que existe necessidade de conversão da escala de Likert para uma escala dicotômica. Ou seja, posteriormente, os valores 1, 2, 3 e 4 são computizados como 0 (correspondendo a Não Aderente) e os valores 5 e 6 computizados como 1 (ou seja, Aderente), de forma a obter uma escala dicotômica de sim/não (Aderente/Não Aderente).

A Escala de Risco de Quedas validada e adaptada para a população portuguesa por Melo (2011) demonstrou uma boa validade e fiabilidade para medir o medo de queda e de confiança dos idosos, através da avaliação da realização de 10 atividades específicas, essenciais para a vida autónoma que não são perigosas. As atividades avaliadas são: vestir e despir-se; preparar uma refeição ligeira; tomar um banho ou duche; sentar/levantar da cadeira; deitar/levantar da cama; atender à porta ou o telefone; andar dentro de casa; chegar aos armários; trabalho doméstico ligeiro e efetuar pequenas compras. A confiança que os idosos possuem em efetuar as atividades sem caírem, está representada numa escala analógica de 10 pontos que varia entre 1 ponto (“sem nenhuma confiança”) a 10 pontos (“completamente confiante”). O resultado desta escala advém da soma das pontuações obtidas em cada um dos 10 itens, dando um score entre 10 (sem confiança) e 100 (elevada confiança), sendo que, quanto mais elevada a pontuação, maior é a confiança no desempenho das tarefas.

O tratamento dos dados foi efetuado com recurso à estatística descritiva e inferencial através do software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 25. Para a estatística descritiva, recorremos a medidas de tendência central e de dispersão. Na estatística inferencial, usamos como o teste de Kolmogorov-Smirnov com correção Lilliefors, para determinação da normalidade das variáveis, e o coeficiente de correlação de Spearman ( $\rho$ ), para determinar a associação entre as variáveis.

O estudo inserido na linha de investigação “Promoção da saúde e processos de adaptação à saúde e à doença” incutiu nos estudantes de enfermagem a corresponsabilidade pela avaliação e intervenção na saúde da comunidade onde vivem e estudam e incrementou a articulação do currículo com a investigação proporcionando as melhores oportunidades de ensino-aprendizagem. As considerações éticas, sob validação do Conselho Técnico Científico da Escola, acompanharam todo o processo de investigação. Entre os requisitos básicos a considerar incluem-se a relevância do estudo, a validade científica, a relação risco-benefício, a garantia de respeito dos direitos dos participantes (especificamente, consentimento informado, esclarecido e livre bem como a confidencialidade e proteção dos dados) em todas as fases do estudo.

### 3. RESULTADOS

O presente estudo abrange um total de 127 idosos dos 9 Centros de Dia de um Concelho da Região Autónoma da Madeira. De acordo com a Tabela 1, 86,6% dos participantes eram mulheres e 13,4% homens. A faixa etária com maior frequência foi entre os 65 e 75 anos, correspondendo a 46,5% da amostra e a média da idade foi de 74,23 ( $\pm$  7,9) anos, sendo a idade mínima de 58 e a idade máxima de 92 anos. Relativamente ao nível de instrução, 56,7% dos indivíduos possuíam o Ensino Primário incompleto ou nulo e 39,4% (50 idosos) tinham o Ensino Primário completo. Grande parte dos idosos são reformados (91,4%) sendo que apenas 3 (2,4%) ainda trabalham.

Ainda na Tabela 1, em relação à constituição do agregado familiar, verifica-se que 33,1% dos idosos abordados declararam que vivem sós e os restantes 66,9% vivem acompanhados. Dos que vivem acompanhados, salientamos que foram obtidos dados múltiplos, uma vez que alguns destes vivem em simultâneo com o cônjuge (26,8%), com os filhos (41,7%) ou com outros familiares - genro, nora, netos, irmãos, sobrinhos, cunhados, mãe - (18,9%). Dentre os participantes, 67,7% não têm cuidador de referência e apenas 24,4% têm cuidador informal. Relativamente à classe social, determinada a partir da aplicação da Escala Graffar, 73,2% dos indivíduos em estudo pertencem à Classe Média Baixa, sendo que a classe que se segue com maior prevalência é a Classe Média com 18 idosos, ao qual corresponde a uma percentagem de 14,2%.

**Tabela 4** - Caracterização sociodemográfica dos idosos que frequentam o centro de dia

Variável	n (127)	%
<b>Género</b>		
Masculino	17	13,4
Feminino	110	86,6
<b>Idade</b>		
<65	9	7,1
[65-75[	59	46,5
[75-85[	46	36,2
[85-95[	13	10,2
<b>Nível de Instrução</b>		
Ensino Universitário ou Equivalente	1	0,8
Ensino Médio ou Técnico Superior	1	0,8
Ensino Médio ou Técnico Inferior	3	2,4
Ensino Primário Completo	50	39,4
Ensino Primário Incompleto ou Nulo	72	56,7
<b>Condição Laboral</b>		
Ativo	3	2,4
Reformado	116	91,4
Desempregado	4	3,1
Baixa	4	3,1

<b>Agregado Familiar</b>		
<b>Vive só</b>		
<b>Sim</b>	42	33,1
<b>Não</b>	85	66,9
<b>Cuidador de Referência</b>		
<b>Nenhum</b>	86	67,7
<b>Informal</b>	31	24,4
<b>Ajudante domiciliária</b>	6	4,7
<b>Empregada</b>	4	3,1
<b>Escala de Graffar</b>		
<b>Classe Média Alta</b>	1	0,8
<b>Classe Média</b>	18	14,2
<b>Classe Média Baixa</b>	93	73,2
<b>Classe Baixa</b>	15	11,8

Fonte: Elaboração própria

De acordo com a Tabela 2, o nível de adesão calculado através da Escala MAT indica valores mínimos e máximos obtidos de 12 e 42, com uma média de 37,7 ( $\pm 4,3$ ), o que significa que a grande parte dos idosos aderem ao regime de tratamento medicamentoso. Verificamos que 98,3% dos idosos aderem ao regime medicamentoso. Nesta avaliação foram excluídas as pessoas que não tomavam medicação, obtendo uma amostra de 125 idosos.

Ainda na Tabela 2, mas no que diz respeito ao nível de confiança dos idosos para desempenhar as suas atividades comuns (com recurso à Escala Risco de Queda), a pontuação mínima obtida foi de 12 e a máxima de 100 com uma mediana de 80 valores, o que indica que pelo menos 50% dos indivíduos têm elevada confiança.

Para a verificação das condições de normalidade, recorremos ao teste de Kolmogorov-Smirnov com correção de Lilliefors, sendo que, ambas as variáveis (MAT e Escala de Risco de Quedas) não apresentam uma distribuição normal ( $p\text{-value} \leq 0,001$ ), conforme Tabela 2. No que diz respeito à consistência interna das escalas utilizadas, ambas apresentam valores de Alfa de Cronbach muito satisfatório de 0,751 (MAT) e de 0,895 (Escala Risco de Queda).

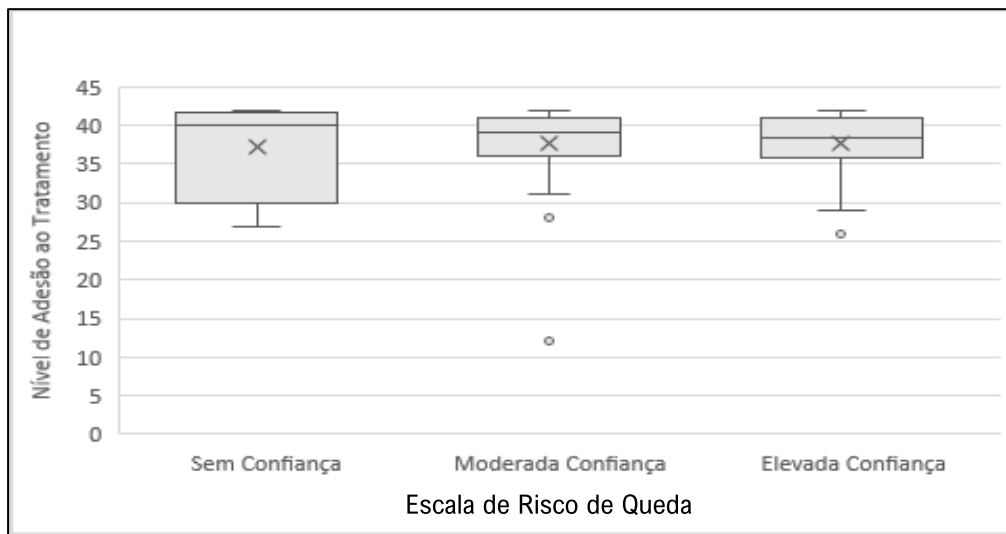
**Tabela 2** – Medidas de tendência central, dispersão e teste de normalidade das variáveis em estudo

	Média	Mediana	Desvio-Padrão	Mínimo	Máximo	Alfa de Cronbach	Teste Kolmogorov-Smirnov - p-value
<b>Escala MAT (n=125)</b>	37,7	39,0	4,3	12,0	42,0	0,751	$\leq 0,001$
<b>Escala Risco de Queda (n=127)</b>	78,0	80,0	18,7	12,0	100,0	0,895	$\leq 0,001$
<b>Nº de Medicamento (n=125)</b>	6,81	6	4,43	1	34	--	$\leq 0,001$
<b>Nº de Quedas (n=127)</b>	0,90	0,00	1,58	0	10	---	$\leq 0,001$

Fonte: Elaboração própria

Relativamente à Medida de Adesão ao Tratamento relacionada com a Escala de Risco de Quedas que se encontra representada na Figura 1, observou-se que as medianas dos três níveis de confiança (sem, moderada e elevada) apresentam valores muito próximos, sem confiança: 40,0, moderada confiança: 39,0 e elevada confiança: 38,5. Podendo indicar que o nível de confiança (referente à Escala do Risco de Quedas) poderá não estar relacionam com a adesão ao regime de tratamento medicamentoso, pois todos os três grupos têm uma elevada adesão ao tratamento medicamentoso.

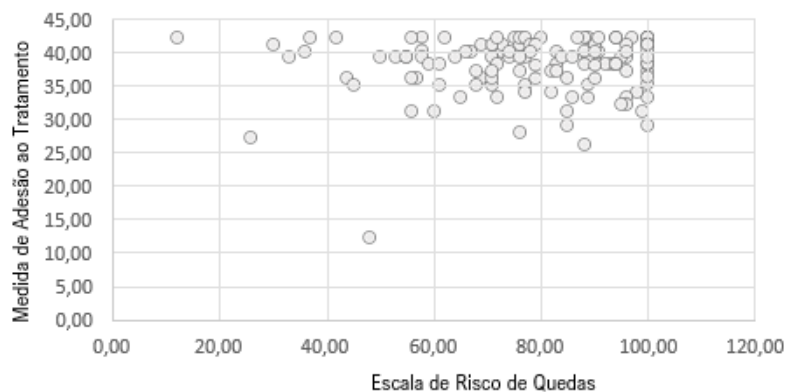
**Figura 1** - Boxplots da relação entre a Escala de Medida de Adesão ao Tratamento e a Escala de Risco de Quedas



Fonte: Elaboração própria

No gráfico de dispersão representado na Figura 2, podemos verificar que existe uma muito ligeira tendência para ambas as variáveis, adesão ao tratamento medicamentoso e risco de aumentarem no mesmo sentido ao longo do referencial, contudo, e analisando o valor do coeficiente de Spearman foi de 0,03 ( $p=0,740$ ) verifica-se uma ausência de correlação.

**Figura 2** – Diagrama de Dispersão entre a Escala de Medida de Adesão ao Tratamento e a Escala de Risco de Quedas (nível de confiança)



Fonte: Elaboração própria

Conforme a Tabela 3, no último ano, o número de quedas variou entre 0 e 10, sendo que 28 pessoas caíram uma vez, representando deste modo, o maior número em termos de

ocorrência. A este acontecimento relacionamos o número de medicamentos que as pessoas cumpriam, sendo que, dessas 28 pessoas, 8 tomavam entre 0 e 4 medicamentos, 10 entre 4 e 8, 9 entre 8 e 12 e apenas uma entre 12 e 16 medicamentos. Observou-se igualmente que, de uma amostra de 125 indivíduos que tomavam medicação, 73 destes não apresentaram nenhuma queda no último ano, apesar da grande maioria cumprir com regime medicamentoso. É igualmente possível observar que, quando o número de quedas aumenta, o número de fármacos diminui, sendo que apenas 4 pessoas caíram 6 vezes. De forma a aferir esta correlação, entre o número de medicamento e o número de quedas utilizou-se o coeficiente de Spearman sendo o valor de 0,114 ( $p=0,206$ ) verificando-se uma muito fraca correlação.

**Tabela 3** - Relação entre o número de quedas que ocorreram no último ano com o número de medicamentos

Número de Medicamentos	Número de quedas no último ano							
	0	1	2	3	5	6	10	Total
<4	28	8	2	2	0	0	1	41
[4,8[	22	10	5	1	0	4	0	42
[8,12[	17	9	4	1	1	0	0	32
[12,16[	5	1	1	0	1	0	0	8
≥16	1	0	0	1	0	0	0	2
<b>Total</b>	<b>73</b>	<b>28</b>	<b>12</b>	<b>5</b>	<b>2</b>	<b>4</b>	<b>1</b>	<b>125</b>

Fonte: Elaboração própria

## 4. DISCUSSÃO

Relativamente à adesão ao regime medicamentoso, os resultados deste estudo revelam uma elevada taxa de aderentes, cerca de 98,3%. Num estudo recente realizado, também, numa população comunitária de idosos portugueses, revelou uma taxa de adesão de 47,7% (Gomes et al, 2019). Esta diferença encontrada poderá prender-se com o suporte social dos idosos estudados, pois os 66,9 % dos participantes neste estudo viviam acompanhados, e todos frequentavam o centro de dia, onde se desenvolve um maior acompanhamento e vigilância da bem-estar global dos indivíduos, havendo inclusive formações específicas sobre estas temáticas.

O número médio de comprimidos diários na amostra estudada foi de 6,81 (+/-4,43), podendo indicar uma complexidade no regime medicamentoso. É sabido que um regime complexo pode ser um fator de risco para a não adesão (Yap, Thirumoorthy & Kwan, 2016). Desta forma, a existência de múltiplos fármacos no regime terapêutico de um idoso torna-o mais suscetível à ocorrência de erros, quer pelo número elevado de medicamentos quer pela complexidade inerente a determinados regimes. A prevalência da não adesão aumenta com o aumento do número de medicamentos prescritos pelo

que, sendo os idosos os principais grupos etários associados à polimedicação, incorrem muitas vezes numa não adesão à terapêutica, sofrendo consequências nefastas. Apesar dos resultados deste estudo não serem capazes de confirmar esta casualidade, torna-se premente refletir que existem múltiplas causas responsáveis pela falta de adesão a um regime prescrito num idoso, sobretudo no que diz respeito ao elevado número de medicamentos e às características particulares desta população que também conduzem muitas vezes à adoção de um esquema terapêutico erróneo. Assim, a falta de comunicação e a consequente baixa compreensão das instruções fornecidas pelos profissionais de saúde, podem contribuir para uma má adesão ao regime prescrito, sendo que o medo da possibilidade de vir a sofrer efeitos adversos e o desaparecimento de sintomas, também são causas relatadas pelos clientes que explicam a não adesão. Por outro lado, o défice cognitivo manifestado por um grande número de idosos, também é um fator que muitas vezes está na origem das dificuldades de compreensão e assimilação das informações prestadas pelos vários profissionais de saúde, sendo que as alterações da memória também são apontadas como motivos para uma má adesão (Lavrador, 2016).

Posto isto, e tendo em conta que os idosos são os maiores utilizadores de medicamentos, os profissionais de saúde devem tomar consciência da importância da farmacoterapia geriátrica, de todas as suas condicionantes e nomeadamente, os riscos inerentes à polimedicação. Para isso, Meneses (2016), aconselha a que haja uma organização diária dos comprimidos que possa ser feita por um familiar ou por uma pessoa próxima do cliente evitando, deste modo, uma toma incorreta dos fármacos.

No que concerne ao risco de quedas, os resultados deste estudo revelaram um baixo risco correspondente a uma maior confiança no desempenho das tarefas com média de 78+/-18,7 na ERQ. Os idosos que participaram no estudo tinham capacidade de deslocar-se ao centro de dia, o que poderá indicar uma maior capacidade funcional em termos de equilíbrio e deambulação, no entanto, estes parâmetros não foram avaliados no estudo. Outro dado estudado, foi o número de quedas no último ano, tendo sido identificado, a média de uma queda (0.9+/-1,58) no último ano. De acordo com Meneses (2016), as quedas na população idosa constituem um grande problema na saúde das comunidades dado que, subjacente à ocorrência de quedas, existe uma série de fatores de risco, sendo que estes deverão ser identificados e prevenidos quando possível. Segundo os seus estudos, cerca de 30% dos indivíduos com idade igual ou superior a 65 anos, apresentam pelo menos um episódio de queda, uma vez em cada ano, dado este, que corrobora os nossos resultados.

Em relação à análise da relação entre a adesão ao regime medicamentoso e o risco de quedas dos idosos na comunidade, os resultados da nossa amostra não revelam correlações estatisticamente significativas entre estas duas variáveis ( $\rho=0,03$ ;  $p=0,740$ ). Estes resultados distanciam-se um pouco de outros estudos, onde podemos encontrar esta associação (Le et al, 2021; Lee, et al, 2021). Algumas hipóteses que podem justificar

estes resultados, poderão ser o facto de existirem programas de prevenção de quedas nos centros de dia participantes, assim como, a educação para a saúde dirigida à população mais idosa, nos centros de saúde de residência.

Estas intervenções possibilitam com que haja uma maior adesão por parte dos idosos ao regime medicamentoso e também uma revisão periódica da medicação que é feita pelos profissionais que trabalham nos cuidados primários. Por sua vez, estas intervenções contribuem para a diminuição da frequência das quedas e ainda possibilitam controlar as patologias que também constituem fatores de risco de quedas, assim como, ajustar a medicação psicotrópica que tem como efeitos adversos a confusão e a instabilidade postural (Silva, 2012).

Alguns autores ainda referem que, uma queda resulta da combinação dos vários fatores físicos, sociais, psicológicos e ambientais. Por isso, quando identificados, é necessário atender às características individuais dos idosos e o ambiente em que estes vivem. Muitas das quedas acontecem quando as pessoas não conseguem evitar os riscos ou quando as exigências ambientais superam as suas capacidades físicas (Rosa, Cappellari & Urbanetto, 2019; Freitas, 2017). Assim sendo, a adesão à terapêutica poderá revelar-se um fator protetor das quedas, assim como, um dos fatores determinantes para a eficácia do tratamento, sendo que, para a mesma ocorrer é necessário que haja o cumprimento do esquema posológico de acordo com a dose correta, à hora certa e com o intervalo certo entre as doses e a duração do tratamento. Contudo, uma má adesão ao regime medicamentoso pode levar à perda da eficácia do tratamento implementado, sendo que esta poderá estar igualmente relacionada com a existência de diversas síndromes geriátricas, provocando, conseqüentemente maior fragilidade e declínio funcional nos idosos e, aumentando o risco de queda (Lavrador, 2016 e Silva, 2012).

Como os medicamentos são prescritos em resposta a patologias e o número de doenças tende a aumentar com a idade, muitas vezes é difícil determinar se as quedas ocorrem totalmente devido à polimedicação ou se são resultado direto da doença e a sua fragilidade. Posto isto, só é possível atribuir a causa da queda a um fármaco, se esse fármaco tiver sido prescrito de forma inadequada e a sua suspensão resolva os sintomas de cair; quando a queda ocorre dentro de alguns dias após o início ou se ocorreu alteração da medicação (Freitas, 2017). Desta forma, e ainda na análise da relação entre estas duas variáveis, os resultados demonstraram uma correlação fraca não estatisticamente significativa entre o número de medicamento tomados e o número de quedas ( $\rho=0,114$ ;  $p=0,206$ ), levando-nos a inferir que um aumento do número de medicamentos não está relacionado com o aumento do número de quedas na amostra estudada. Outro aspeto em a ter em consideração, é o tipo de medicamentos, e influência que pode ter tido nos resultados deste estudo, atendendo que esta variável não foi tida em consideração, poderá constituir-se uma limitação do mesmo.

Atendendo que escala utilizada neste estudo para avaliar o risco de quedas, analisa essencialmente a confiança *versus* medo de cair, e que, o medo de cair é um dos fatores associados à ocorrência de quedas, em particular nos idosos com antecedentes de queda (DeSure, Peterson, Gianan & Pang, 2013), os resultados aqui apresentados, reforçam a importância de incentivar e capacitar este grupo populacional, aumentando as suas capacidades físicas, deixando-os com menos risco de ocorrência de uma nova queda, como é sugerido por Guirguis-Blake, et al (2018).

A par com esta capacitação, também a revisão periódica da terapêutica em idosos tem sido apontada como eficaz na prevenção de quedas na comunidade, sendo disso exemplo uma revisão sistemática da literatura que inclui 40 ensaios clínicos randomizados (Ming, et al, 2021). Deste modo, a implementação de programas de revisão de prescrições, nos cuidados primários, constitui uma medida muito eficaz no controlo e prevenção de quedas.

## 5. CONCLUSÕES

---

O presente estudo foi capaz de identificar a adesão ao regime medicamentoso e o risco de quedas dos idosos na comunidade, bem como analisar, a relação entre a adesão ao regime medicamentoso e o risco de quedas de uma amostra de dos idosos que frequentava um dos centros de dia de um concelho da Região Autónoma da Madeira. Os resultados encontrados divergiram, em parte, da literatura consultada podendo considerar-se até, alguns dados inovadores. Desta forma, pode-se concluir que, existe a necessidade de mais estudos relativamente à relação entre a adesão à terapêutica medicamentosa e o risco de queda, incluindo também o tipo de medicamentos e patologias associadas. As repercussões originárias devido a uma queda podem ser devastadoras, podendo aumentar as comorbilidades, diminuindo a autonomia e até causar a morte, havendo deste modo, a necessidade de aumentar o conhecimento científico nesta área. Sugere-se a realização de outros estudos similares que incluam a avaliação do tipo de medicação e patologias associadas.

## BIBLIOGRAFIA

---

- Berková, M., & Berka, Z. (2018). Falls: a significant cause of morbidity and mortality in elderly people. Pády: významná příčina morbidity a mortality seniorů. *Vnitřní Lekarství*, 64(11), 1076–1083.

- Chen, Y., Zhu, L., & Zhou, Q. (2014). Effects of drug pharmacokinetic/pharmacodynamic properties, characteristics of medication use, and relevant pharmacological interventions on fall risk in elderly patients. *Therapeutics and clinical risk management*, 10, 437–448.
- Coimbra, A., Gasparotto, L., & Falsarella, G. (2014). Quedas: conceitos, frequência e aplicações à assistência ao idoso: Revisão da literatura. *Revista Brasileira Geriatria e Gerontologia*, 17(4), 897-910.
- Delgado, A. & Lima, M. (2001). Contributo para a validação concorrente de uma medida de adesão aos tratamentos. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 2(2), 81-100.
- DeSure, A. R., Peterson, K., Gianan, F. V. & Pang L. (2013). An exercise program to prevent falls in institutionalized elderly with cognitive deficits: a crossover pilot study. *Hawaii Journal of Medicine & Public Health*, 72(11), 391-395.
- El-Saifi, et al (2018). Medication Adherence in Older Patients With Dementia: A Systematic Literature Review. *Journal of pharmacy practice*, 31(3), 322–334.
- Freitas, C. (2017). *Risco de quedas na idade geriátrica: importância da prevenção* - Artigo de Revisão. Mestrado Integrado em Medicina. Universidade de Coimbra.
- Gomes, et al. (2019). Daily Medication Management and Adherence in the Polymedicated Elderly: A Cross-Sectional Study in Portugal. *International journal of environmental research and public health*, 17(1), 200.
- Guirguis-Blake, et al (2018). *Interventions to Prevent Falls in Community-Dwelling Older Adults: A Systematic Review for the U.S. Preventive Services Task Force*. USA: Agency for Healthcare Research and Quality.
- Instituto Nacional de Estatística. (2018). *Estimativas de população residente em Portugal - 2018*. Retrieved from: [https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine\\_destaquas&DESTAQUESdest\\_boui=354227526&DESTAQUESmodo=2](https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaquas&DESTAQUESdest_boui=354227526&DESTAQUESmodo=2)
- Lavrador, M. (2016). *Polimedicação no idoso* - Artigo de Revisão. Mestrado Integrado em Medicina. Universidade de Coimbra.
- Le, K., et al (2021). Fall Risk-Increasing Drugs, Polypharmacy, and Falls Among Low-Income Community-Dwelling Older Adults. *Innovation in aging*, 5(1), igab001.
- Lee, J., et al (2021). Deprescribing fall-risk increasing drugs (FRIDs) for the prevention of falls and fall-related complications: a systematic review and meta-analysis. *BMJ open*, 11(2), e035978.

- Melo C. (2011). Adaptação cultural e validação da escala “Falls Efficacy Scale” de Tinetti. *Ifisionline*, 1(2), 33-43.
- Meneses, J. (2016). *Quedas em idosos*. Dissertação de Mestrado: Universidade de Coimbra.
- Ming, Y., et al (2021). Medication Review in Preventing Older Adults' Fall-Related Injury: a Systematic Review & Meta-Analysis. *Canadian Geriatrics Journal*. 24(3), 237–250.
- Direção Geral de Saúde (2012). *Programa nacional de prevenção de acidentes. Projeto: COM MAIS CUIDADO - Prevenção de Acidentes Domésticos com Pessoas Idosas*. Acessível na DGS, Lisboa, Portugal.
- Rodrigues, M. & Prates, B. (2011). *Padrões de qualidade dos cuidados de enfermagem: Programa de Intervenção para a adesão ao regime medicamentoso*. Retrieved from [https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos\\_Melhoria\\_Qua\\_lidade\\_Cuidados\\_Enfermagem/Programa\\_Adesao\\_Regime\\_Medicamentoso\\_Casa\\_d\\_e\\_Saud\\_e\\_da\\_Idanha.pdf](https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/projectos/Documents/Projetos_Melhoria_Qua_lidade_Cuidados_Enfermagem/Programa_Adesao_Regime_Medicamentoso_Casa_d_e_Saud_e_da_Idanha.pdf)
- Rosa, V., Cappellari, F. & Urbanetto, J. (2019). Análise dos fatores de risco para queda em idosos institucionalizados. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 22(1), 1-13.
- Silva, N. (2012). *As quedas nos idosos: A importância da Educação para a Saúde*. Dissertação de Mestrado em Educação em Saúde: Universidade do Porto.
- Simão, A. (2009). *Adesão às prescrições/recomendações médicas por parte de idosos institucionalizados e em centros de dia: um estudo exploratório*. Dissertação de Mestrado em Psicologia: Universidade de Lisboa.
- Organização Mundial de Saúde. (2007). *Global report on falls prevention in older age*. Retrieved from [https://www.who.int/ageing/publications/Falls\\_prevention7March.pdf](https://www.who.int/ageing/publications/Falls_prevention7March.pdf)
- Organização Mundial de Saúde. (2019). *World population ageing 2019: Highlights*. Retrieved from <https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/ageing/WorldPopulationAgeing2019-Highlights.pdf>
- Yap, A., Thirumoorthy, T., & Kwan, Y. (2016). Systematic review of the barriers affecting medication adherence in older adults. *Geriatrics & Gerontology International*, 16(10), 1093–1101.

## Cuidados Paliativos Domiciliários e o médico de família: revisão integrativa da literatura

*Home palliative care and primary care doctors: integrative literature review*

**Mariana de Azevedo Brites** 

Unidade de Saúde Familiar Corino de Andrade

[marianadeazevedobrites@gmail.com](mailto:marianadeazevedobrites@gmail.com)

**Marta Pinto dos Santos** 

Unidade de Saúde Familiar Pevidém

[martatpsantos@gmail.com](mailto:martatpsantos@gmail.com)

**Conflito de interesses:** nada a declarar. **Financiamento:** nada a declarar.

Histórico:

**Submissão | Received:** 30/06/2022

**Aprovação | Accepted:** 18/09/2022

**Publicação | Published:** 23/12/2022



Todo o conteúdo do **JIM – Jornal de Investigação Médica** é licenciado sob *Creative Commons*, a menos que especificado de outra forma e em conteúdo recuperado de outras fontes bibliográficas.

## RESUMO

---

**Objetivo:** Revisão sobre a intervenção do médico de família na prestação de cuidados de saúde domiciliários em doentes com necessidades paliativas.

**Métodos:** Revisão integrativa da literatura. A pesquisa bibliográfica foi realizada no mês de Junho de 2021 nas bases de dados MEDLINE/Pubmed, ISI Web of Knowledge, Evidence based Medicine online (BMJ) e Cochrane.

**Resultados:** Foram incluídos 8 artigos e realizada uma divisão temática das suas conclusões: os cuidados de fim de vida e a morte domiciliária em relação à disponibilidade de cuidados de saúde primários; a visão do doente e do médico de família quanto ao local de prestação de cuidados paliativos; competências que os médicos de família devem desenvolver para a prestação de cuidados paliativos; experiência dos profissionais dos cuidados de saúde primários na prestação de cuidados paliativos domiciliários; e importância do estabelecimento de normas de orientação clínica para a prestação de cuidados paliativos domiciliários.

**Conclusão:** Os médicos de família desempenham um papel fundamental no seguimento e orientação de doentes com condições de saúde crónicas, graves e ameaçadoras da vida.

**Palavras-Chave:** Cuidados paliativos, Cuidados domiciliários, Médicos dos cuidados de saúde primários, Médicos de família, Conforto

## ABSTRACT

---

**Objectives:** Review on the intervention of primary care doctors in providing home medical care for patients with palliative needs.

**Methods:** Integrative literature review conducted in June 2021 in MEDLINE/Pubmed, ISI Web of Knowledge, Evidence based Medicine online (BMJ) and Cochrane databases.

**Results:** Eight articles were included and a thematic division of their conclusions was carried out: end-of-life care and death at home in relation to the availability of primary health care; the view of the patient and the family doctor regarding the place where palliative care is provided; skills that family doctors should develop to provide palliative care; experience of primary health care professionals in providing palliative home care; and the importance of establishing clinical guidelines for the provision of home palliative care.

**Conclusion:** Family doctors play a key role in the follow-up and guidance of patients with chronic, serious and life-threatening health conditions.

**Keywords:** Palliative Care, Home Care Services, Physicians, Primary Care, Family Physicians, Comfort

# 1. INTRODUÇÃO

---

Atendendo ao aumento da esperança média de vida, as pessoas vivem até idades mais avançadas e com os efeitos das doenças crónicas graves das quais são portadoras. Estas mesmas pessoas requerem cuidados paliativos, incluindo cuidados em relação ao planeamento do local onde desejam morrer (Nakanishi et al., 2020). A Organização Mundial da Saúde recomenda que o planeamento dos cuidados no final da vida deve ser direcionado às escolhas do doente em relação ao local de prestação de cuidados e ao tipo de morte que pretendem (Shih et al., 2015).

Os doentes oncológicos que morrem num hospital ou unidade de terapia intensiva têm pior qualidade de vida do que aqueles que morrem em casa. Morrer em casa permite que os indivíduos tenham maior controlo sobre os seus ambientes, aumenta a autonomia e a privacidade, e permite uma sensação de normalidade (Nakanishi et al., 2020). O envolvimento dos médicos de família no tratamento paliativo domiciliário dos seus doentes é, assim, uma estratégia importante para aumentar o acesso aos cuidados paliativos (Malik et al., 2017).

Têm sido introduzidas políticas de prestação de cuidados paliativos e de fim de vida a pessoas no local de residência. Esta expansão dos cuidados paliativos exige um número crescente de médicos de família como membros de equipas que prestam estes cuidados (Tateno & Ishikawa, 2012).

A Organização mundial de saúde (OMS) define os cuidados paliativos como a prevenção e alívio do sofrimento físico, psicológico, social e espiritual de adultos, crianças e família que atravessam por doenças ameaçadoras da vida. Em 2017 a OMS emitiu um documento ressaltando a importância da inclusão dos cuidados paliativos nos cuidados primários. A medicina paliativa e a medicina geral e familiar partilham pressupostos em comum, igualdade, solidariedade, acesso universal, ações multissetoriais, descentralização e participação comunitária. Ambas enfatizam a continuidade de cuidados, respeito pelos valores sociais, acompanhando o doente, mas também a sua família. Assim, propõem a inclusão de cuidados domiciliários prestados por equipas de cuidados primários com treino em cuidados paliativos a doentes com sintomatologia controlada por doença severa ou ameaçadora da vida (WHO, 2018).

## 2. METODOLOGIA

A realização desta revisão foi elaborada segundo uma metodologia de 6 passos: formulação da questão de investigação, identificação dos critérios de inclusão e exclusão, pesquisa de literatura, extração de informação, avaliação dos estudos selecionados e interpretação e apresentação de resultados (Mendes et al., 2008).

Definiu-se como questão de investigação: Que investigação existe sobre a temática da importância dos médicos de família nos cuidados paliativos?

Foi efetuada pesquisa bibliográfica nas bases de dados MEDLINE/Pubmed, ISI Web of Knowledge, Evidence based Medicine online (BMJ) e Cochrane. Foram utilizados os seguintes termos MeSH: "Palliative Care" AND "Home Care Services" AND "Physicians, Primary Care" e "Palliative Care" AND "Home Care Services" AND "Physicians, Family"[Mesh]). A pesquisa decorreu em Junho de 2021.

Definiu-se como critérios de inclusão: artigos completos, em português e inglês, no período de Junho de 2011 a Junho de 2021 após seleção pelo título, resumo e posteriormente leitura integral. Como critérios de exclusão: artigos duplicados, fora do intervalo de tempo definido e que não respondessem à questão orientadora.

Utilizou-se uma base de dados de registo para a síntese de resultados.

## 3. RESULTADOS

O universo do estudo foi constituído por 12 publicações pertinentes à temática investigada, tendo sido excluído 1 artigo pela leitura do resumo e 4 pela leitura integral. Assim, a amostra ficou composta por 8 artigos.

Foram incluídos artigos de 2011 a 2021 (Tabela 1).

**Tabela 5** - Artigos incluídos na revisão integrativa

<b>Título</b>	<b>Local/Ano/População</b>	<b>Tipo de Artigo</b>	<b>Tema abordado</b>
Availability of home palliative care services and dying at home in conditions needing palliative care: A population-based death certificate study (Nakanishi et al., 2020)	2020 n=922,756 Japão	Estudo retrospectivo coorte	Fatores associados ao local de óbito em doentes em seguimento em CP
Patient Preferences versus Family Physicians' Perceptions Regarding the Place of End-of-	2015 Tailândia n1=310 e n2=169	Estudo retrospectivo coorte	Comparação sobre a preferência quanto à prestação de cuidados de

Life Care and Death: A Nationwide Study in Taiwan (Shih et al., 2015)			fim de vida entre doentes e médicos de família.
Physicians' attitudes toward home healthcare services in Turkey: A qualitative study (Aksoy et al., 2015)	2015 Turquia n= 26	Estudo qualitativo	Vantagens e desvantagens da prestação de cuidados médicos domiciliários.
Advanced illness home care (Cellarius & Goldman, 2019)	2019	Revisão	O papel dos médicos de família e equipas que prestam cuidados domiciliários na doença avançada
Palliative Care: An Evolving Field in Medicine (Eti, 2011)	2011	Revisão	A evolução dos cuidados paliativos ao longo dos anos
Caring for children dying from cancer at home: a qualitative study of the experience of primary care practitioners (Neilson et al., 2011)	2011 Inglaterra n=47	Estudo qualitativo	A experiência dos profissionais dos cuidados de saúde primários nos cuidados paliativos domiciliários à criança oncológica
Clinical pathways can improve the quality of pain management in home palliative care in remote locations: retrospective study on Kozu Island, Japan (Tateno & Ishikawa, 2012)	2012 Japão n=24	Estudo retrospectivo coorte	Eficácia dos cuidados de saúde primários nos cuidados paliativos domiciliários
Engagement of Primary Care Physicians in Home Palliative Care (Malik et al., 2017)	2017 Canadá n=302	Estudo qualitativo	Descrição das características associadas aos médicos de família e clínicos gerais na prestação dos cuidados paliativos domiciliários

## 4. DISCUSSÃO

Após leitura dos estudos selecionados para a presente revisão e o agrupamento de informações, foi possível constatar:

**Temática I:** Os cuidados de fim de vida e a morte domiciliária em relação à disponibilidade de cuidados de saúde primários.

Os cuidados primários são um ponto de acesso fundamental na prestação de cuidados paliativos que beneficiam de continuidade de cuidados. Segundo o estudo de Nakanishi et al, em que foram incluídos 922,756 doentes, o hospital foi o local mais comum de morte (76,5%) e em segundo lugar o domicílio (12,8%). Mais de 80% dos doentes com

doença respiratória, neoplasia maligna e outras condições (doença renal, hepática, neurodegenerativa ou HIV) morreram no hospital. Menos de metade dos falecidos com demência morreram no hospital. Neste estudo o fator de associação mais forte para a morte domiciliar foi a disponibilidade de médico de cuidados primários em todas as causas de morte. Constataram também uma associação negativa entre o maior número de camas hospitalares e a morte no domicílio (Nakanishi et al., 2020).

#### Temática II: A visão do doente e do médico de família quanto ao local de prestação de cuidados paliativos

No estudo de Shih et al foram incluídos 310 doentes dos quais metade se autoavaliaram como estando numa situação de saúde grave (43,9%). Em relação ao local de preferência para cuidados de fim de vida, a maioria dos doentes referiu que escolheria receber atendimento domiciliário (60,6%). A sua casa seria o local preferencial de óbito (66,5%). Doentes mais jovens apresentaram maior probabilidade de preferir morrer em casa. Neste estudo foram também incluídos 169 médicos de família, sendo que estes apontaram o domicílio como local de preferência para a sua prestação de cuidados de fim de vida e acompanhamento do processo de óbito (71,6% e 87,2%, respectivamente) (Shih et al., 2015).

Segundo o estudo de Aksoy et al que incluiu a realização de entrevista a 26 médicos que prestam atendimento domiciliário, considera-se de maior importância a disponibilização desta tipologia de cuidados a doentes acamados e dificuldade de mobilidade. Relatam como vantagens o facto de poderem estar mais tempo com o doente, conhecer o ambiente que o rodeia, reduzir custos, evitar infeções hospitalares e providenciar mais conforto (Aksoy et al., 2015).

#### Temática III: Competências que os médicos de família devem desenvolver para a prestação de cuidados paliativos

Cellarius e Goldman salientam a importância de formar médicos de família que se dediquem à prestação de cuidados domiciliários na doença avançada com treino e capacidade de gestão de doenças crónicas (multimorbilidade) mas também conhecimento em cuidados paliativos e comunicação. Os cuidados paliativos estão em expansão e incluem uma ampla gama de doentes que convivem com doenças crónicas, a par do envelhecimento. Deve ser encarada como uma prática crescente e gratificante para os novos médicos, uma vez que se tratam de doentes complexos que implicam treino e competências particulares (Cellarius & Goldman, 2019).

Eti propõe três competências centrais para o médico de família prestar cuidados paliativos. Inclui a realização de uma adequada avaliação multidimensional da situação do doente, ter competência na gestão terapêutica e conhecimento dos recursos de referência para adequada referenciação a cuidados secundários paliativos quando necessário (Eti, 2011).

Temática IV: Experiência dos profissionais dos cuidados de saúde primários na prestação de cuidados paliativos domiciliários.

No estudo de Neilson et al foram incluídos 47 profissionais dos cuidados de saúde primários (10 clínico gerais e 37 enfermeiras comunitárias) envolvidos nos cuidados paliativos domiciliários a crianças oncológicas. Foram realizadas entrevistas de forma a abordar a experiência individual de cada profissional. Constataram que os Clínicos Gerais tiveram uma participação mínima na prestação desses mesmos cuidados. Estes profissionais valorizam, contudo, a importância do seu papel contínuo com a família da criança, destacando, também, a falta de conhecimento especializado nesta área. Por sua vez, as enfermeiras comunitárias estavam rotineiramente envolvidas nas diferentes fases de tratamento, quer ativo, quer paliativo.

De realçar a pouca evidência de colaboração entre os diferentes profissionais dos cuidados de saúde primários envolvidos e variação considerável no número de horas de prestação de cuidados em todos os casos (Neilson et al., 2011).

Malik et al analisaram 302 profissionais de saúde (médicos de família e clínicos gerais). 34% destes profissionais afirmaram que possuíam experiência direta na prestação de cuidados paliativos domiciliários (CPD) e 41% respondeu que já tinha trabalhado com um profissional com experiência em CPD. 95% fizeram visitas domiciliárias após o horário de trabalho e 67% eram capazes de fornecer aos doentes acesso 24 horas por dia, 7 dias por semana (Malik et al., 2017).

Temática V: Importância do estabelecimento de normas de orientação clínica para a prestação de cuidados paliativos domiciliários

A existência de normas de orientação clínicas (NOCs) definidas otimiza o tratamento da dor, componente essencial nos cuidados paliativos.

Tateno e Ishikawa estudaram 24 doentes que receberam cuidados paliativos domiciliários e concluíram que a proporção de doentes com recurso a uma dose de resgate de opióide para tratamento da dor foi de 100% no grupo tratado segundo as NOCs (grupo pós-CP) vs 46% no grupo não submetido a estas orientações (grupo pré-PC). A proporção de doentes nos quais os anti-inflamatórios não esteróides (AINEs) foram usados com

opióides foi de 100% no grupo pós-CP vs 18% no grupo pré-CP. A proporção de doentes nos quais os antieméticos e os lacantes foram usados com opioides foi de 100% no grupo pós-CP vs 27% no grupo pré-CP. As pontuações do Índice de Gestão da dor no dia 8 e 3 dias antes da morte foram significativamente maiores no grupo pós-PC do que no grupo pré-PC (Tateno & Ishikawa, 2012).

## 5. CONCLUSÕES

---

Os cuidados paliativos encontram-se em expansão, incluindo uma faixa mais ampla de doentes portadores de doenças crónicas incapacitantes (Cellarius & Goldman, 2019).

Sendo o domicílio o lugar mais comumente preferido para os cuidados de fim de vida e morte, para responder a estas preferências torna-se fundamental o estabelecimento de um sistema de atendimento domiciliar de qualidade, investindo na formação diferenciada dos profissionais de saúde (Shih et al., 2015; Tateno & Ishikawa, 2012).

O sucesso da comunicação e tomada de decisão tem importantes efeitos nas experiências dos pacientes.

A Medicina Geral e Familiar é uma especialidade médica que se alicerça na avaliação multidimensional e conhecimento holístico do doente, família e comunidade em que se insere. O médico de família tem uma posição privilegiada de proximidade no meio onde exerce, que inclui a possibilidade de realização de consultas domiciliárias. Desta forma, os médicos de família com formação e competências em cuidados paliativos desempenham um papel fundamental no seguimento, orientação e prestação de cuidados domiciliários de doentes com condições de saúde crónicas, graves e ameaçadoras da vida.

## BIBLIOGRAFIA

---

Aksoy, H., Kahveci, R., Doner, P., Aksoy, I., Ayhan, D., Koç, E. M., Şencan, I., Kasim, I., & Özkara, A. (2015). Physicians' attitudes toward home healthcare services in Turkey: A qualitative study. *European Journal of General Practice*, 21(4), 246–252. <https://doi.org/10.3109/13814788.2015.1096339>

Cellarius, V., & Goldman, R. (2019). Advanced illness home care. *Canadian Family Physician*, 65(8), 534–535.

- Eti, S. (2011). Palliative Care: An Evolving Field in Medicine. *Primary Care - Clinics in Office Practice*, 38(2), 159–171. <https://doi.org/10.1016/j.pop.2011.03.001>
- Malik, S., Goldman, R., Kevork, N., Wentlandt, K., Husain, A., Merrow, N., Le, L. W., & Zimmermann, C. (2017). Engagement of primary care physicians in home palliative care. *Journal of Palliative Care*, 32(1), 3–10. <https://doi.org/10.1177/0825859717706791>
- Mendes, K. D. S., Silveira, R. C. de C. P., & Galvão, C. M. (2008). Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 17(4), 758–764. <https://doi.org/10.1590/s0104-07072008000400018>
- Nakanishi, M., Ogawa, A., & Nishida, A. (2020). Availability of home palliative care services and dying at home in conditions needing palliative care: A population-based death certificate study. *Palliative Medicine*, 34(4), 504–512. <https://doi.org/10.1177/0269216319896517>
- Neilson, S. J., Kai, J., Macarthur, C., & Greenfield, S. M. (2011). Caring for children dying from cancer at home: A qualitative study of the experience of primary care practitioners. *Family Practice*, 28(5), 545–553. <https://doi.org/10.1093/fampra/cmr007>
- Shih, C. Y., Hu, W. Y., Cheng, S. Y., Yao, C. A., Chen, C. Y., Lin, Y. C., & Chiu, T. Y. (2015). Patient Preferences versus Family Physicians' Perceptions Regarding the Place of End-of-Life Care and Death: A Nationwide Study in Taiwan. *Journal of Palliative Medicine*, 18(7), 625–630. <https://doi.org/10.1089/jpm.2014.0386>
- Tateno, Y., & Ishikawa, S. (2012). Clinical pathways can improve the quality of pain management in home palliative care in remote locations: Retrospective study on Koju Island, Japan. *Rural and Remote Health*, 12(4). <https://doi.org/10.22605/rrh1992>
- WHO. (2018). Why Palliative Care Is an Essential Function of Primary Health Care. World Health Organization, 1–20. [https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/palliative.pdf?sfvrsn=ecab9b11\\_2&ua=1](https://www.who.int/docs/default-source/primary-health-care-conference/palliative.pdf?sfvrsn=ecab9b11_2&ua=1)

## Perceção de grupos de adultos com mais de 65 anos sobre intervenções que visam a aprendizagem ao longo da vida: estudo exploratório

*Perception of groups of adults over 65 years of age on interventions aimed at lifelong learning: exploratory study*

Marisa Viegas 

Hikari

[marisa.c.v.viegas@gmail.com](mailto:marisa.c.v.viegas@gmail.com)

**Conflito de interesses:** nada a declarar. **Financiamento:** nada a declarar.

Histórico:

**Submissão | Received:** 19/01/2022

**Aprovação | Accepted:** 18/09/2022

**Publicação | Published:** 23/12/2022



Todo o conteúdo do **JIM – Jornal de Investigação Médica** é licenciado sob *Creative Commons*, a menos que especificado de outra forma e em conteúdo recuperado de outras fontes bibliográficas.

## RESUMO

---

**Enquadramento:** A participação em contextos de aprendizagem ao longo da vida apresenta benefícios para o envelhecimento, como o bem-estar. Estes benefícios resultam do convívio entre as pessoas, do estímulo cognitivo desencadeado pela aprendizagem, e dos laços sociais daí resultantes.

**Objetivos:** Explorar as perceções de adultos com mais de 65 anos acerca da aprendizagem ao longo da vida em três contextos (Ginásio Mental, Universidade Sénior e Casa de Repouso) para compreender: a) os significados que retiram das aprendizagens em idade adulta mais avançada e b) de que forma a participação em atividades promotoras de aprendizagem contribui para o seu bem-estar físico, mental e social.

**Método:** Através de um estudo exploratório qualitativo transversal, foram organizados três grupos focais, que envolveram um total de 29 participantes, para recolher as perceções sobre a aprendizagem. Recorreu-se à observação participada e a um questionário sociodemográfico para analisar características e perceções adicionais. Os relatos foram agrupados nas categorias de bem-estar físico, psicológico e social.

**Resultados:** O estudo salienta os benefícios de bem-estar sentidos em cada um dos grupos. A perceção de bem-estar nos grupos do Ginásio Mental e da Universidade Sénior envolve as dimensões física, psicológica e social. A perceção de bem-estar no Grupo da Casa de Repouso é descrita apenas nas dimensões psicológica e social. A dimensão social é descrita em função da qualidade da relação dos profissionais com os participantes.

**Palavras-Chave:** Adultos mais velhos, Aprendizagem ao longo da vida, Educação de adultos, Bem-estar, Envelhecimento

## ABSTRACT

---

**Framework:** The participation in the context of lifetime learning presents has benefits for the well-being of an individual while aging. These benefits result in the interaction between people, the cognitive stimulus that results of the new information and the social bonds created.

**Objectives:** To explore the perception of adults over 65 years old about lifelong learning in three contexts (Mental Gym, Senior University and Retirement Home) to understand: a) the meaning that it has for them to learn in this stage of their lives; b) In what way the participation in these activities contributes in their physical, mental and social well-being.

**Methodology:** Through a cross-sectional qualitative exploratory study, three focus groups were organized, involving a total of 29 participants to collect perceptions about learning. In order to analyse characteristics and additional perceptions, an observation study and a social-demographic questionnaire was done. The reports were grouped into the categories of physical, psychological and social well-being.

**Results:** This study highlights the wellness benefits felt in each of the groups. The perception of well-being in the Mental Gym and Senior University groups involves physical, psychological and social dimensions. The perception of well-being in the Retirement Home Group is only described in the psychological and social dimensions. The social dimension is described in terms of the quality of the professionals' relationship with the participants.

**Keywords:** Eldery, Lifetime learning, Education for adults, Well-being, Aging

# 1. INTRODUÇÃO

---

## **O ENVELHECIMENTO DA POPULAÇÃO**

As alterações demográficas da população nas últimas décadas demonstram uma mudança notória na estrutura etária da população, com aumento da população com idades mais avançadas. A Organização Mundial da Saúde ([OMS], 2002) refere que “O envelhecimento da população é um dos maiores triunfos da humanidade.”, e constitui em simultâneo um desafio pelas necessidades económicas e sociais que traz consigo.

O envelhecimento é um processo natural do desenvolvimento humano, trazendo consigo várias alterações (físicas, mentais e sociais) com impacto na funcionalidade e independência dos indivíduos. Por outro lado, a maior probabilidade de desenvolver doenças crónicas neste período de vida, coloca a população mais velha numa maior posição de fragilidade e conseqüente necessidade de cuidados de saúde, bem como de uma rede de apoio e de serviços de suporte.

Como resultado das preocupações internacionais em relação aos desafios do envelhecimento demográfico, há um crescente interesse pelos fatores que influenciam o bem-estar dos adultos mais velhos (Jenkins & Mostafa, 2015). Várias organizações internacionais como as Nações Unidas (United Nations, Department of Economic and Social Affairs, 2019) ou a OMS (World Health Organization, 2015), têm vindo a emitir políticas e orientações em torno da temática do envelhecimento, com vista a promover um envelhecimento ativo e saudável.

O conceito de envelhecimento ativo tal como definido pela OMS (2002), refere-se “ao processo de otimizar oportunidades para a saúde, participação e segurança de forma a melhorar a qualidade de vida à medida que a população envelhece”. Daqui resulta que à medida que as pessoas envelhecem, tenham acesso a contextos favoráveis ao seu contínuo desenvolvimento e contribuição seja ao nível familiar ou ao nível da sociedade. Ao promover-se uma vida física e socialmente ativa, estar-se-á a gerar maiores benefícios em termos de bem-estar e qualidade de vida, com reflexo na diminuição da carga de doença associada ao envelhecimento (Jenkins & Mostafa, 2015).

Portugal é um dos mais países mais envelhecidos entre os país da OCDE, estimando-se que a população com mais de 65 anos represente mais de um terço da população até ao ano de 2050 (OECD, 2021a).

Sendo a longevidade da população portuguesa um facto, é importante pensar de que forma se acrescenta qualidade de vida aos anos ganhos em esperança média de vida. Tendo em conta as necessidades socioeconómicas e as expectativas dos próprios adultos nesta faixa etária, espera-se que os mesmos possam continuar a participar nas diferentes

esferas da sociedade, devendo ter acesso a oportunidades de trabalhar (na medida dos seus desejos e possibilidades) ou de educação e aprendizagem (Direção Geral da Saúde, 2017).

### **A EDUCAÇÃO DOS ADULTOS**

A educação dos adultos constitui uma ferramenta fundamental para uma sociedade mais inclusiva (Iñiguez-Berrozpe et al., 2020), o que pressupõe que as pessoas se sintam capazes e tenham formas de participar nas diferentes esferas da vida social (na comunidade, no trabalho, na política, na saúde, para nomear alguns exemplos).

De acordo com o relatório “Education at a Glance 2021” da OCDE (2021), o ensino secundário é o nível básico de ensino que permite aos jovens adultos estarem aptos para funcionar e contribuir para a sociedade atual. Contudo, em alguns países da OCDE, 1 em cada 5 adultos não concluí o ensino secundário.

O envolvimento na educação é pouco frequente em idades mais avançadas como resultado da entrada no mercado de trabalho, registando um valor médio de cerca de 2% na população entre os 40 e os 64 anos (OECD, 2021b).

O “Global Report on Adult Learning and Education” refere que a educação e a aprendizagem dos adultos produz benefícios com um impacto positivo na saúde e no bem-estar, na empregabilidade, e na vida em comunidade (UNESCO, 2019). Existe também uma associação entre a educação e esperança de vida aos 30 anos, sendo que os homens que completem o ensino secundário possam viver cerca de 6 anos mais do que aqueles que não concluíram esse nível de estudos, comparativamente com cerca de 3 anos mais relativamente às mulheres (OECD, 2021b).

Num mundo em constante mudança, o conceito de aprendizagem ao longo da vida tem vindo a assumir uma importância crescente na atualização de competências e especialização profissional (OECD, 2021b).

### **OS BENEFÍCIOS DA APRENDIZAGEM AO LONGO DA VIDA**

A aprendizagem ao longo da vida tem sido um investimento por parte das políticas na União Europeia, com o objetivo de alcançar maiores benefícios em termos económicos e sociais (Panitsides, 2014).

Aprender ao longo da vida pode acontecer em contextos formais ou informais. Em contextos formais a educação de adultos tem demonstrado vários benefícios (UNESCO, 2019) como os reportados por Panitsides (2014), nas categorias de “auto-preencimento”, “funcionalidade”, “capital social”, “lazer” e “aprendizagem”.

No contexto da aprendizagem não formal, Manninen e Meriläinen (2011), no contexto do projeto de investigação “Benefits of Lifelong Learning” (BELL) em adultos de 10 países

Europeus, mostraram que este tipo de aprendizagem gera vários efeitos positivos que envolvem mudanças positivas na motivação para aprender, na interação social, no bem-estar geral e na satisfação com a vida (reportados por 70 a 87% dos inquiridos). As autoras referem também que quanto mais baixo o nível de instrução, maiores são as mudanças geradas pela participação em contextos de aprendizagem não formal ou não vocacional.

Estes resultados vão ao encontro de outros estudos como os de Iñiguez-Berrozpe et al. (2020), que indicam que a educação de adultos além de ser um elemento decisivo para a participação social, política e cultural, pode constituir uma oportunidade para pessoas com níveis educativos mais baixos.

O acesso a oportunidades de aprendizagem formal ou informal deve ser então promovido ao longo de todo o ciclo de vida, de forma a que todos possam, e citando The Marmot Review “maximizar as suas capacidades e ter controlo sobre as suas vidas.” (2010).

### **OS BENEFÍCIOS DA APRENDIZAGEM PARA UM ENVELHECIMENTO MAIS ATIVO E SAUDÁVEL**

Atendendo aos dados disponíveis, a participação em contextos de aprendizagem em idades mais avançadas tem como benefícios o bem-estar, a motivação para aprender, a manutenção das capacidades cognitivas, o envolvimento social e a inclusão (Zeki Al Hazzouri et al., 2021; Antunes & Macedo, 2021; Boulton-Lewis, 2010).

Estes benefícios estão relacionados com a estimulação cognitiva no ato de aprender, e com o envolvimento social e coesão entre as pessoas que usufruem de programas de aprendizagem (Zeki Al Hazzouri et al., 2021).

Ligadas ao conceito de aprendizagem ao longo da vida surgem as universidades sénior que se disseminaram em todo o país e que envolvem a participação de adultos mais velhos em diferentes tipos de atividades/aulas que envolvem aprendizagem e ocupação de tempos livres (Pocinho & Santos, 2015).

Surgem também iniciativas comunitárias de cariz privado como é o exemplo de uma das intervenções alvo deste estudo (na qual a investigadora participa e facilita), e que integra corpos teóricos relevantes para o contexto da aprendizagem ao longo da vida, como são os casos das áreas “Mente, Cérebro e Educação” (Tokuhama-Espinosa, Tracey Nouri, 2020) e da “Literacia em saúde” (Sørensen et al., 2012).

Vaz de Almeida, Fernandes e Mendes (2021) consideram que a reflexão e a ação em torno do envelhecimento requerem uma visão holística, na qual convergem dimensões individuais (física, psicológica e social) e as circunstâncias de vida nas quais as pessoas nascem, se desenvolvem e envelhecem.

Neste sentido, e como um passo importante na compreensão de diferentes contextos de intervenção que visam a aprendizagem ao longo da vida, desenvolve-se em seguida o presente estudo.

## **OBJETIVOS DO ESTUDO**

O objetivo deste estudo consistiu em explorar as percepções de adultos com mais de 65 anos acerca da aprendizagem ao longo da vida, para compreender: a) os significados que tiram das aprendizagens em idade adulta mais avançada e b) de que forma a participação em atividades promotoras de aprendizagem contribui para o seu bem-estar físico, mental e social.

## **2. METODOLOGIA**

### **DESENHO DO ESTUDO E ABORDAGEM**

Foi conduzido um estudo qualitativo exploratório transversal, junto de indivíduos com mais de 65 anos, frequentadores de três contextos de atividades de aprendizagem não formal para esta faixa etária, nomeadamente: a atividade desenvolvida pela investigadora no bairro da Graça em Lisboa (denominado informalmente por “Ginásio Mental para adultos mais velhos”); uma Universidade Sénior em Lisboa (Alcântara); uma Casa de Repouso em Lisboa.

Os participantes foram selecionados através de uma amostra de conveniência, pela sua frequência nos contextos mencionados anteriormente, e relação de proximidade existente entre a investigadora e os profissionais responsáveis da Universidade Sénior e da Casa de Repouso respetivamente.

Como técnicas de investigação qualitativa foram utilizadas a observação, a técnica de grupos focais e o inquérito por questionário.

A observação é uma técnica útil quando se pretende estudar um fenómeno no seu contexto natural (Dias & Gama, 2019). Nos três contextos estudados recorreu-se à observação participante, dado que a investigadora-observadora além de participar, recorreu à observação das interações e fenómenos relevantes para o presente estudo (Dias & Gama, 2019).

A técnica de grupos focais permite explorar, entre outros, as representações, opiniões e experiências individuais dos participantes sobre determinado tópico ou fenómeno (Dias & Gama, 2019). Para este fim, foi criado um guião com 4 questões orientadoras da discussão, que se encontra descrito no quadro 1 (Quadro 1).

Após a assinatura do consentimento informado e apresentação dos objetivos do grupo focal, os participantes de cada grupo foram convidados a partilhar as suas percepções e a responder a um questionário sociodemográfico com três perguntas adicionais de resposta

aberta de forma a recolher informação complementar ao perfil dos participantes (Quadro 2).

**Quadro 1 – Questões orientadoras para os três grupos focais desenvolvidos**

**Questões do grupo focal**

Que ideias têm sobre aprender quando se é um adulto mais velho?

Como é que se lida com pessoas que acreditam que os mais velhos já não têm idade para aprender?

Em todo o mundo, está a aumentar o número de pessoas com mais de 65 anos. Por esse motivo alguns investigadores defendem que é preciso estimular as pessoas a aprender ao longo da vida.

De que forma é que aprender pode ajudar a envelhecer com mais saúde?

O que representa para si, participar nas atividades do ginásio mental/universidade sénior/casa de repouso?

**Fonte:** Elaboração própria

A análise estatística descritiva foi utilizada para compreender as características dos participantes, nomeadamente a sua idade, sexo, estado civil e habilitações académicas.

As suas respostas quer durante a participação no grupo focal quer ao questionário, foram posteriormente analisadas de acordo com as três dimensões de bem-estar: físico, psicológico e social.

**Quadro 2 – Questões adicionais aplicadas no questionário sociodemográfico**

**Questionário individual**

Como ocupa os seus tempos livres?

Que tipo de assuntos gostaria de aprender nesta fase da sua vida?

O que sente ao participar no “Ginásio Mental para Adultos” / na Universidade Sénior/ nas atividades de estímulo mental e físico da Casa de Repouso?

**Fonte:** Elaboração própria

**ÉTICA**

Todos os participantes foram informados acerca dos objetivos do estudo e foi solicitado o seu consentimento informado (modelo em anexo). Os dados foram anonimizados e garantida a sua reserva através de documento com password.

**CONTEXTO E PARTICIPANTES**

O estudo abrangeu vinte e nove (29) participantes, cinco (5) provenientes do “Ginásio Mental para adultos mais velhos”, nove (9) da Universidade Sénior em Lisboa e quinze (15) da Casa de Repouso em Lisboa.

## **GRUPO 1 – GINÁSIO MENTAL PARA ADULTOS MAIS VELHOS**

O Ginásio Mental para adultos mais velhos é uma atividade que teve início em 2014 no bairro da Graça em Lisboa, e começou por envolver três mulheres reformadas que tinham interesse em manter-se mentalmente ativas.

O programa inicial do Ginásio Mental estava focado em explicar como funciona o cérebro e a mente à luz da evidência científica, e em desenvolver exercícios de estimulação cognitiva ao nível da escrita, da leitura, da memória e do raciocínio. Ao longo do tempo, o programa sofreu algumas alterações na sua forma e conteúdo no sentido de se adaptar aos interesses do grupo, e às características e necessidades apontadas na literatura sobre a população numa faixa etária mais avançada.

Atualmente, o Ginásio Mental apresenta-se como uma atividade de envelhecimento ativo que consiste em sessões de aprendizagem nas temáticas da saúde, da ciência e da sociedade, recorrendo a estratégias e mecanismos de aprendizagem sustentadas pela evidência científica.

O corpo teórico que serve de base à dinamização das sessões envolve as áreas da “Mente, Cérebro e Educação”, e da Literacia em Saúde.

A área da “Mente, Cérebro e Educação” tem como objetivos sustentar a educação numa base científica e multidisciplinar para, entre outros, maximizar o potencial de cada aluno e aumentar as competências de ensino (Tokuhama-Espinosa, Tracey Nouri, 2020). Este campo científico reforça a importância dos sistemas da memória e da atenção nos processos de aprendizagem e da importância de usarmos o conhecimento da neuroplasticidade para estimular a aprendizagem ao longo da vida.

A área da “Literacia em Saúde” diz respeito ao conhecimento e às competências das pessoas para dar resposta às complexas exigências em termos de saúde na sociedade atual (Sørensen et al., 2012), e que assume um papel decisivo no autocuidado e gestão da própria saúde numa idade mais avançada.

A dinamização das sessões decorre a partir de diferentes métodos como a visualização de vídeos e documentários, debate de ideias, exercícios de leitura e escrita, jogos, e escuta de podcasts. Como fontes de informação para as temáticas da saúde, da ciência e da sociedade recorre-se a sites de entidades credíveis (como a OMS ou a Direção Geral da Saúde), a revisões da literatura publicadas em revistas como a Lancet, e a artigos de revistas e jornais generalistas (como “O público” ou a “Courrier International”).

Como objetivos específicos desta atividade, pretende-se promover conhecimentos e curiosidades, estimular capacidades cognitivas, promover relações interpessoais por meio do convívio semanal e promover o bem-estar.

Ao longo de oito anos de intervenção o grupo foi crescendo, teve alguns participantes do sexo masculino (dois), estendeu-se por cerca de um ano a uma Universidade Sénior em Lisboa, e recebeu participantes de uma outra Universidade Sénior do Alentejo. Atualmente o grupo é constituído apenas por mulheres, que vêm criando laços entre si e que se estendem para fora do contexto da atividade (ex: almoços em grupo, passeios, entreajuda).

### **GRUPO 2 – UNIVERSIDADE SÉNIOR EM LISBOA**

A Universidade Alcântara Sénior (UAS) em Lisboa, é uma iniciativa da Junta de Freguesia de Alcântara, fundada em 2009. Tem como finalidade promover um Envelhecimento Ativo e Saudável e a inclusão social de pessoas com mais de 55 anos.

A atividade da UAS consiste na aprendizagem e partilha de conhecimentos e experiências de vida, através de um programa que envolve várias disciplinas ministradas por professores voluntários. Dispõe também de atividades de canto coral, dança, ritmos e movimento e Tai Chi.

### **GRUPO 3 – CASA DE REPOUSO EM LISBOA**

A Casa de Repouso Cilinha da Amadora, trata-se de um lar para pessoas mais velhas fundado em 1983, que além de acolher idosos em situação de convalescença e centro de dia, acolhe também situações de recuperação hospitalar. Dispõe de áreas de lazer (ao ar livre e cobertas), animação, biblioteca, ginásio, áreas de alimentação, convívio e descanso. A equipa presente é multidisciplinar nas áreas da assistência médica, enfermagem, fisioterapia, animação social, psicologia e terapia da fala.

Diariamente desenvolvem-se atividades que procuram estimular cognitiva e fisicamente os utentes, dinamizadas pela Animadora Social e pela Psicóloga.

## **3. RESULTADOS**

---

Apresentam-se os resultados que emergiram de cada um dos três contextos estudados. Sendo o objetivo deste estudo explorar as perceções dos participantes nos contextos de aprendizagem em que estão inseridos, a caracterização de cada grupo amostral será feita de forma separada nas tabelas 1, 2 e 3.

As perceções dos participantes foram agregadas tendo em conta as três dimensões de bem-estar relacionadas com a sua experiência de aprendizagem, nomeadamente: bem-estar físico, psicológico e social.

**GRUPO 1 – “GINÁSIO MENTAL PARA ADULTOS MAIS VELHOS”**

No presente estudo, participaram deste grupo cinco (5) elementos do sexo feminino, com idades compreendidas entre os 67 e os 80 anos, sendo a média das idades correspondente a 72 anos. A maioria das participantes é casada (60%), uma é solteira e outra é viúva. Quanto às habilitações académicas o grupo possui entre o 3º ciclo e o ensino superior. Todas as participantes são reformadas (Tabela 1).

**Tabela 1** – Distribuição da amostra de acordo com dados sociodemográficos do Grupo 1 (Ginásio Mental para Adultos mais velhos)

Variável	Número de participantes (N)	de	Percentagem (%)	Média das idades	Desvio padrão
<b>Sexo</b>					
Feminino	5		100%		
Masculino	0		0%		
<b>Idades</b>					
(65-69)	2		40%		
(70-79)	2		40%	72	5,15
(80-89)	1		20%		
(90-99)	0				
<b>Estado civil</b>					
Solteiro	1		20%		
Casado	3		60%		
Separado/Divorciado	0		0%		
Viúvo	1		20%		
<b>Habilitações académicas</b>					
<b>Inferior ao 1º ciclo do ensino básico</b>					
1º ciclo	0		0		
2º ciclo	0		0		
3º ciclo	2		40%		
Ensino secundário	1		20%		
Ensino Superior	2		40%		
Não sabe / não responde	0		0%		

Na perceção das participantes, os benefícios de integrar o contexto do Ginásio Mental para Adultos mais velhos distribuem-se pelas três dimensões de bem-estar definidas pela OMS.

A nível físico, verifica-se que o bem-estar é gerado pelo compromisso semanal de estar presente na atividade, que leva ao desenvolvimento de rotinas mais saudáveis de autocuidado.

Na dimensão psicológica, as participantes reportam: a sensação de enriquecimento pessoal, motivação para aprender, uma atitude positiva perante a aprendizagem (“Todas as vezes que cá venho eu aprendo qualquer coisa.”) e satisfação pessoal por “adquirir outros conhecimentos”.

A nível social, o bem-estar surge através da palavra “convívio” referida por todas as participantes e o prazer associado. Há também referência aos diferentes percursos, experiências e valores de vida que acrescentam valor à participação na atividade. A intergeracionalidade do grupo (diferenças de idades de 30 a 40 anos entre a facilitadora e as participantes) é apontada como uma mais-valia.

Nos seus tempos livres as participantes dedicam-se na maioria à leitura e eventos culturais (música, teatro, cinema), 3 delas praticam atividade física regularmente. Em resposta à pergunta “Que tipo de assuntos gostaria de aprender nesta fase da sua vida?” as respostas abrangeram diferentes interesses, nomeadamente: “Desenvolver mais o português”, “Aprender a tocar concertina”, “Aprender vários tipos de dança”, “Sociedade e globalização”, “Ligado à geriatria” e “Tudo aquilo que dá prazer e mais-valia ao dia-a-dia” (Quadro 3).

**Quadro 3** – Verbalizações expressas pelos participantes do Ginásio Mental para Adultos, agrupadas em três categorias: bem-estar físico, psicológico e social

<b>Verbalizações dos participantes sobre a participação no Ginásio Mental para Adultos</b>	
<b>Categoria</b>	
<b>Bem-estar físico</b> (estímulo e manutenção das capacidades mentais, rotina de autocuidado)	<p>“Eu acho que vir ao ginásio, pelo menos uma vez por semana, cria-se disciplina. Uma pessoa levanta-se, toma banho.”</p> <p>“Eu por exemplo, se não fosse o ginásio mental tinha ficado em casa a dormir.”</p>
<b>Bem-estar psicológico</b> (enriquecimento pessoal, motivação para aprender, atitude positiva, aprendizagem, Posso estar com pessoas, conversar, pessoas umas parecidas comigo, outras muito diferentes de mim. Isso é muito bom, o convívio com pessoas diferentes de nós. (...) eu tenho aprendido aqui satisfação pessoal)	<p>“Eu gosto muito. Todas as vezes que cá venho eu aprendo qualquer coisa.”</p> <p>“Se chego mais triste, por exemplo, a partir de um certo momento liberto endorfinas e começo a “abrir” para a vida.”</p> <p>“Depois acho que é uma perspetiva interessante (...) e que se alarga horizontes, há várias áreas que são abordadas que de alguma forma sempre nos enriquecem, a uns de uma maneira a outros de outra, uns já sabiam outros acrescentam outro ponto. E acho que isso é sempre um enriquecimento pessoal.”</p> <p>“O eu andar aqui tem-me obrigado a ler mais a escrever mais um bocadinho, tenho aprendido aqui muitas coisas.”</p> <p>“Sinto-me motivada por adquirir outros conhecimentos. O convívio é muito bom para quebrar a rotina.”</p>
<b>Bem-estar social</b>	<p>“imensas coisas e sobretudo tenho tido experiência com outros valores que não teria de outra forma.”</p>

**(relacionamento interpessoal, envolvimento social, participação, tolerância, convívio intergerações)**

“A outra parte da convivência, que é sempre saudável. Sendo nós todas diferentes, com estratos sociais diferentes, com percursos de vida diferentes, esta interação entre todas acaba sempre por ser proveitosa. (...) E acho que o enriquecimento também para si é. Convivendo com gerações diferentes, também tem uma cota parte de valor acrescentado.”

“O conhecimento entre gerações, porque a (investigadora) se fosse para a nossa idade era completamente diferente, a partilha é completamente diferente, porque todas mais ou menos temos uma mesma idade e experiências de vida. Sendo uma geração completamente nova tem perspectivas de vida completamente novas e conhecimentos. Permite-nos isso e em contrapartida nós damos o nosso contributo. Todos ganhamos quando trocamos conhecimentos uns com os outros.”

“Prazer na troca de conhecimentos, prazer no convívio.”

Fonte: Elaboração própria

**GRUPO 2 - UNIVERSIDADE SÉNIOR**

Os participantes do grupo 2 compreenderam um total de nove (9), sendo um grupo misto com mais mulheres (n=7) do que homens (n=2). A média das idades corresponde a 75,5 anos, tendo o participante mais novo 68 anos e o mais velho 86 anos. Na sua maioria são casados ou viúvos. O grupo possui um nível médio a superior de escolaridade, sendo que apenas 22% não prosseguiu os estudos após o 1º ciclo (Tabela 2).

Dos benefícios na categoria de bem-estar físico reportam exemplos como manter o cérebro ativo, ter horários para cumprir e não sentir a idade biológica em termos mentais (Quadro 4).

**Tabela 2** – Distribuição da amostra de acordo com dados sociodemográficos do Grupo 2 (Universidade Sénior)

Variável	Número de participantes (N)	de	Percentagem (%)	Média das idades	Desvio padrão
<b>Sexo</b>					
Feminino	7		78%		
Masculino	2		22%		
<b>Idades</b>					
(65-69)	1		11%		
(70-79)	6		67%	75,5	6,02
(80-89)	2		22%		
(90-99)	0		0		

<b>Estado civil</b>		
<b>Solteiro</b>	1	11%
<b>Casado</b>	4	44%
<b>Separado/Divorciado</b>	0	0%
<b>Viúvo</b>	4	44%
<b>Habilitações académicas</b>		
<b>Inferior ao 1º ciclo do ensino básico</b>	0	0
<b>1º ciclo</b>	2	22%
<b>2º ciclo</b>	0	0
<b>3º ciclo</b>	1	11%
<b>Ensino secundário</b>	4	44%
<b>Ensino Superior</b>	1	11%
<b>Não sabe / não responde</b>	1	11%

**Quadro 4** – Verbalizações expressas pelos participantes do Universidade Sénior, agrupadas em três categorias: bem-estar físico, psicológico e social

**Verbalizações dos participantes sobre a participação na Universidade Sénior**

<b>Categoria</b>	
<b>Bem-estar biológico (estímulo e manutenção das capacidades mentais, rotina de autocuidado)</b>	“Queremos desenvolver os neurónios que às vezes estão parados. Agora com o confinamento foi muito mau.”
	“Para além dos centros de convívio há outras razões para falar dos interesses das coisas, ao passo que no centro de convívio, como eu vejo aqui, as pessoas convivem, mas num convívio que não passa de jogar às cartas e dominós. Ao passo que nestes encontros que nós temos aqui, (...) tem contado muito para a nossa vivência e manutenção mental.”
	“Eu digo sinceramente, não é fisicamente, mas mentalmente não me sinto com 71 anos.”
<b>Bem-estar psicológico (enriquecimento pessoal, motivação para aprender, atitude positiva, aprendizagem, satisfação pessoal)</b>	“Sinto-me rejuvenescida.”
	“Estando em casa temos uma vida mais solitária (...)”
	“A gente em casa não se obriga a fazer a ginástica mental, motora e de aprendizagem.”
	“Nós envelhecemos quando perdemos a capacidade de sonhar, de pensar, de projetar, e a aprendizagem nestas idades é extremamente importante para desenvolver essas capacidades.” “Sinto felicidade.”
<b>Bem-estar social (relacionamento interpessoal, envolvimento social, participação, tolerância, convívio intergerações)</b>	“Satisfação por continuar a participar na vida ativa.”
	“É reciclar aquilo que aprendemos em mais novos e já são muitas coisas que esquecemos e vamos partilhando todo o conhecimento não só dos colegas como dos professores, mas principalmente adquirir conhecimentos que não tivemos oportunidade durante a nossa vida de trabalho, pelo menos no meu caso (...) que não tinha possibilidade de continuar a estudar.”

“São momentos muito bem passados, e que se notou bem a falta desse convívio durante o tempo em que estivemos online.”

“Vimos aqui para convivermos (...) Cada pessoa tem a sua história de vida, tem os seus conhecimentos, tem aquilo por que passou e que partilha com os outros e tudo isso são pequenos ensinamentos, além da matéria das aulas, que muitas vezes devo confessar que se falam aqui em coisas que eu nunca ouvi falar.”

“Estes anos que ando aqui, converso com as pessoas e falamos sobre estes temas todos e que me obrigam a pensar, nos obrigam a envelhecer um bocadinho menos velhos de cabeça, porque eu acho que se as pessoas ficam ali fechadas em casa, não têm abertura, não aceitam as coisas dos mais novos, não aceitam a modernidade, ficam fechadas naquele mundinho. (...) Se não nos abrimos à sociedade e tentarmos ter a mente mais aberta, estamos tramados.”

---

**Fonte:** Elaboração própria

Em relação aos benefícios na categoria de bem-estar psicológico referem enriquecimento pessoal, “felicidade”, motivação para aprender, desenvolvimento pessoal (“capacidade de sonhar, de pensar, de projetar”) e satisfação por “continuar a participar na vida ativa”.

Na categoria de bem-estar social relatam troca de conhecimentos e experiências, prazer no convívio, envolvimento social e abertura em relação aos outros e ao mundo.

Nos seus tempos livres os participantes dedicam-se na sua maioria a momentos de atividade física, leitura, convívio com familiares e amigos e a passeios e viagens.

Relativamente aos temas que gostariam de aprender nesta fase da sua vida um refere estar “numa fase de aperfeiçoamento” de conhecimentos, outros apontam para “História do Homem e do mundo”, “conhecer novas realidades”, e vários indicam aprender “de tudo um pouco”.

### **GRUPO 3 – CASA DE REPOUSO**

Os participantes do Grupo 3 (15 elementos no total), são pessoas com idades compreendidas entre os 69 e os 99 anos, tendo a maioria (47%) entre os 80 e os 89 anos. Quanto à distribuição por sexo, 60% são mulheres e 40% homens (Tabela 3).

De uma forma geral, o grupo possui um baixo nível de escolaridade (13% não sabe ler nem escrever ou não concluiu o 1º ciclo do ensino básico, 40% possui o 1º ciclo, 13% o 3º ciclo e 7% o 2º ciclo). Na sua maioria são pessoas solteiras ou viúvas e 20% são casados.

Houve necessidade de adaptar as primeiras três perguntas do guião, de forma otimizar a compreensão e a adequar às características do grupo. O questionário sociodemográfico foi completado através da consulta da ficha de utente, uma vez que alguns dos participantes não sabe ler nem escrever, e a maioria apresenta limitações funcionais para a execução dessa tarefa.

No grupo 3 há relatos de histórias de contextos socioeconómicos de grande pobreza que conduziu à institucionalização em idade precoce, e relatos de percursos de vida marcados pelo início da vida laboral na infância.

**Tabela 3** – Distribuição da amostra de acordo com dados sociodemográficos do Grupo 3 (Casa de Repouso)

Variável	Número de participantes (N)	de	Percentagem (%)	Média das idades	Desvio padrão
<b>Sexo</b>					
Feminino	9		60%		
Masculino	6		40%		
<b>Idades</b>					
(65-69)	2		13%		
(70-79)	2		13%	72	9,01
(80-89)	7		47%		
(90-99)	4		27,00%		
<b>Estado civil</b>					
Solteiro	6		40%		
Casado	3		20%		
Separado/Divorciado	0		0%		
Viúvo	6		40%		
<b>Habilitações académicas</b>					
Inferior ao 1º ciclo do ensino básico	2		13,00%		
1º ciclo	6		40%		
2º ciclo	1		7,00%		
3º ciclo	2		13%		
Ensino secundário	0		0%		
Ensino Superior	0		0%		
Não sabe /não responde	4		27,00%		

Muitos dos participantes demonstram limitações a ouvir, limitações na interação na conversa, e a aceder a memórias antigas. No entanto, foi possível obter testemunho de experiências positivas de aprendizagem ao longo da sua vida, que deixam saudades (como o testemunho de um dos participantes sobre o tempo em que jogava no Belenenses).

Todos relatam sentir-se bem com as atividades proporcionadas pela instituição (jogos como o bingo, atividades de pintura, exercícios de treino da memória como completar frases). Para alguns a sensação de bem-estar psicológico é descrita como uma sensação de estar “preenchido” (Quadro 5).

**Quadro 5** – Verbalizações expressas pelos participantes do Grupo 3 (Casa de Repouso) agrupadas em três categorias: bem-estar físico, psicológico e social

**Verbalizações dos participantes sobre a participação na Universidade Sénior**

**Categoria**

<b>Bem-estar biológico</b> (estímulo e manutenção das capacidades mentais, rotina de autocuidado)	(não houve verbalizações nesta categoria)
<b>Bem-estar psicológico</b> (enriquecimento pessoal, motivação para aprender, atitude positiva, aprendizagem, satisfação pessoal)	<p>“Sinto-me muito bem.”</p> <p>“Quando entrei aqui, a nossa animadora perguntou-nos o que é que a gente fazia, e fomos parar aí (bordar). Ela também borda ponto de cruz. E então eu reaprendi. E tem sido uma coisa muito positiva na minha vida. É o meu passatempo.”</p> <p>“Sinto-me preenchido.”</p> <p>“Sinto-me preenchida.”</p>
<b>Bem-estar social</b> (relacionamento interpessoal, envolvimento social, participação, tolerância, convívio intergerações)	<p>“Gosto muito dela (da animadora).”</p> <p>“Sinto-me bem tratado.”</p> <p>“Ela (a animadora) sabe falar com a gente como deve de ser.”</p>

Fonte: Elaboração própria

Não há descrições que evidenciem bem-estar na categoria física.

No que diz respeito ao bem-estar social, todos destacam a relação com a animadora sociocultural, com quem se sentem bem tratados, e também o acolhimento e o respeito da instituição em si.

A maioria aponta que não sente necessidade de aprender nesta fase da sua vida, uma vez que considera já ter “passado por muito”.

## 4. DISCUSSÃO DE RESULTADOS

Quanto à sua composição, os grupos são compostos maioritariamente por elementos do sexo feminino, o que pode indicar (no contexto de intervenções comunitárias) que as mulheres, mesmo com um nível de instrução baixo, têm mais vontade de continuar a aprender, estão mais abertas à mudança e de conhecer outras pessoas/contextos.

No que diz respeito às habilitações académicas verifica-se que os níveis de instrução obtidos tendem a ser maiores nos grupos 1 e 2 do que no grupo 3, o que sugere que o papel da educação formal tem impacto na vivência da vida adulta (UNESCO, 2019), seja no desenvolvimento de capacidades e aspirações para a vida, seja no grau de funcionalidade e independência com que se chega à idade mais avançada.

Relativamente às perceções sobre participar em cada um dos contextos de aprendizagem não formal estudados, estas vão de encontro aos benefícios de bem-estar descritos na literatura (Manninen & Meriläinen, 2011; Zeki Al Hazzouri et al., 2021; Boulton-Lewis, 2010; Antunes & Macedo, 2021).

O compromisso semanal de encontro, a participação em grupo, o estímulo cognitivo potenciado pela aprendizagem e o contacto regular com outras pessoas, são alavancas determinantes para a sensação de bem-estar a nível físico, psicológico e social, combatendo a sensação de isolamento tal como corroboram (Zeki Al Hazzouri et al., 2021). Estes resultados são mais evidentes nos grupos 1 e 2, do que no grupo 3, no qual se observam claras limitações funcionais (auditivas e cognitivas), alguns contextos sociais na infância e vida adulta de maior pobreza, a ausência ou um nível baixo a médio de instrução, que constituem fatores de risco para um envelhecimento bem sucedido (World Health Organization, 2015) .

De realçar que a convivência entre gerações diferentes, característica presente no grupo 1, foi descrita como uma mais-valia, que além de oferecer uma perspetiva mais atual de conhecimentos e experiências, surge descrita na literatura como uma estratégia para promover o combate à discriminação junto da população mais velha (conceito de idadismo).

De notar que no grupo 3, o bem-estar social remete para a qualidade da relação entre os frequentadores da Casa de Repouso e os profissionais aí existentes. Este dado permite constatar a relevância do desenvolvimento de competências relacionais e comunicacionais das pessoas que trabalham em instituições deste tipo. O modelo ACP (Assertividade, Clareza e Positividade) (Vaz de Almeida, 2020) é um bom exemplo de um modelo de competências de comunicação em saúde a integrar no perfil de competências de profissionais de lares/casas de repouso.

As Universidades Sénior têm um papel muito importante no contexto atual do envelhecimento. Alguns autores argumentam sobre a importância de integrar novas competências facilitadores/professores neste contexto, uma vez que o perfil dos professores não requer nenhuma formação pedagógica destinada adultos mais velhos, e porque permitirá atender ao perfil de uma “nova geração” de adultos maiores que será mais instruída, viverá mais anos e terá mais saúde (Pocinho & Santos, 2015).

Entidades como a Hikari, que apostam no reforço de atividades como o Ginásio Mental para Adultos mais velhos, podem ser úteis para apoiar a população adulta durante o processo crítico que antecede a reforma e programar o conceito de aprendizagem ao longo da vida. Podem também contribuir para a capacitação de profissionais que desenvolvem estimulação cognitiva/animação sociocultural junto de pessoas mais velhas, bem como no desenvolvimento de intervenções focadas na aprendizagem dos adultos maiores. Para isso, é essencial que se vá ao encontro do 17º Objetivo de Desenvolvimento

Sustentável que implica a execução regular de parcerias com os vários stakeholders. Isto implica uma comunicação proativa com as entidades e organismos oficiais (como Autarquias ou Juntas de Freguesia), assim como com centros de investigação, e se desenvolvam parcerias colaborativas, asseguradas por modelos de financiamento que permitam a sustentabilidade do trabalho desenvolvido ao longo do tempo.

## 5. CONCLUSÕES

---

Os objetivos deste estudo consistiram em compreender os significados que adultos com mais de 65 anos retiram das aprendizagens em idade mais avançada e, compreender de que forma a participação em atividades promotoras de aprendizagem contribui para o seu bem-estar físico, mental e social.

Os dados não são generalizáveis à população nesta faixa etária, mas permitiram concluir que: a) os participantes do Ginásio Mental para adultos mais velhos e da Universidade Sénior percecionam de forma positiva a sua participação, com benefícios a nível físico, psicológico e social; b) os participantes da Casa de Repouso percecionam também como positiva a participação nas atividades que envolvem aprendizagem, identificando benefícios apenas nos níveis psicológico e social, e a dimensão social expressa-se na qualidade da relação prestada pelos profissionais; c) é necessário realizar investigações empíricas, com grupo de controlo, para identificar as diferenças entre diferentes lares e as suas abordagens, e entre diferentes Universidades Sénior e as suas abordagens.

## BIBLIOGRAFIA

---

- Antunes, M. da C. P., & Macedo, A. C. (2021). O papel da educação não formal (de adultos) na promoção do envelhecimento bem-sucedido. *Educação e Pesquisa*, 47, 1–19. <https://doi.org/10.1590/s1678-4634202147228938>
- Boulton-Lewis, G. M. (2010). Education and learning for the elderly: Why, how, what. *Educational Gerontology*, 36(3), 213–228. <https://doi.org/10.1080/03601270903182877>
- Dias, S., & Gama, A. (2019). *Introdução à Investigação Qualitativa em Saúde Pública* (Edições Almedina (ed.)).

- Direção Geral da Saúde. (2017). Estratégia Nacional para o Envelhecimento Ativo e Saudável - 2017-2025. In Direção-Geral de Saúde. <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/ENEAS.pdf>
- Iñiguez-Berrozpe, T., Elboj-Saso, C., Flecha, A., & Marcaletti, F. (2020). Benefits of Adult Education Participation for Low-Educated Women. *Adult Education Quarterly*, 70(1), 64–88. <https://doi.org/10.1177/0741713619870793>
- Jenkins, A., & Mostafa, T. (2015). The effects of learning on wellbeing for older adults in England. *Ageing and Society*, 35(10), 2053–2070. <https://doi.org/10.1017/S0144686X14000762>
- Manninen, J., & Meriläinen, M. (2011). Benefits of Lifelong Learning: Bell Survey Results. <http://www.bell-project.eu/cms/wp-content/uploads/2014/06/BeLL-Survey-results.pdf>
- OECD. (2021a). Ageing and long-term care. In *Health at a Glance 2021: OECD indicators* (pp. 217–38). OECD Publishing.
- OECD. (2021b). *Education at a Glance 2021: OECD Indicators*. OECD Publishing. <https://doi.org/https://doi.org/10.1787/b35a14e5-en>
- Panitsides, E. A. (2014). Lifelong Learning and Wider Benefits: A Three Level Qualitative Analysis. *The International Journal of Adult, Community, and Professional Learning*, 20.
- Pocinho, R., & Santos, G. (2015). Perceções e ajustamentos dos Professores de Universidades Seniores nos contextos educacionais com pessoas idosas em Portugal. *Sinética: Revista Electrónica de Educación*.
- Sørensen, K., Van Den Broucke, S., Fullam, J., Doyle, G., Pelikan, J., Slonska, Z., & Brand, H. (2012). Health literacy and public health: A systematic review and integration of definitions and models. In *BMC Public Health* (Vol. 12, Issue 1). <https://doi.org/10.1186/1471-2458-12-80>
- The Marmot Review. (2010). Fair society, healthy lives: The Marmot Review. In *Strategic review of health inequalities in england post-2010* (Vol. 126, Issue SUPPL.1). <https://doi.org/10.1016/j.puhe.2012.05.014>
- Tokuhama-Espinosa, Tracey Nouri, A. (2020). Evaluating what Mind, Brain, and Education has taught us about teaching and learning. *ACCESS: Contemporary Issues in Education*, 40((1)), 63–71. <https://doi.org/https://doi.org/10.46786/ac20.1386>

- UNESCO. (2019). 4th Global Report on Adult Learning and Education: Leave No One Behind - Participation, Equity And Inclusion. UNESCO Institute for Lifelong Learning. <http://www.eric.ed.gov/ERICWebPortal/recordDetail?accno=ED540497>
- United Nations, Department of Economic and Social Affairs, P. D. (2019). World Population Ageing 2019. In World Population Ageing 2019: Highlights. United.
- Vaz de Almeida, C. (2020). Literacia em saúde e capacitação dos profissionais de saúde: o modelo de comunicação em saúde ACP. Associação Portuguesa de Documentação e Informação de Saúde.
- Vaz de Almeida, C., Fernandes, J., & Mendes, F. (2021). A percepção e o valor atribuído pela pessoa idosa integrada em universidade sénior, sobre a qualidade dos serviços prestados pela saúde. *JIM*, 2, 015–035. <https://doi.org/10.29073/jim.v2i2.427>
- World Health Organization. (2002). Active Ageing: A Policy Framework. [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO\\_NMH\\_NPH\\_02.8.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67215/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- World Health Organization. (2015). World report on Ageing and Health.
- Zeki Al Hazzouri, A., Elbejjani, M., Chahine, M. A., Sadana, R., & Sibai, A. M. (2021). Late-life learning and health: challenges, opportunities, and future directions. *The Lancet Healthy Longevity*, 2(10), e613–e614. [https://doi.org/10.1016/s2666-7568\(21\)00207-5](https://doi.org/10.1016/s2666-7568(21)00207-5)



## Qualidade da Proteína dos Pescados mais consumidos no Estado do Rio de Janeiro/Brasil – uma estratégia para mitigar a Insegurança Alimentar e Nutricional

*Protein Quality of the most consumed Fish in the State of Rio de Janeiro/Brazil – a strategy to mitigate Food and Nutritional Insecurity*

**Nathana Ciniglia** 

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

[nathciniglia@gmail.com](mailto:nathciniglia@gmail.com)

**Carlos Caetano** 

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

[carlos.caetano@unirio.br](mailto:carlos.caetano@unirio.br)

**Ricardo Cardoso** 

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

[reitor@unirio.br](mailto:reitor@unirio.br)

**Lucia Vianna** 

Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro

[Viannalm2020@gmail.com](mailto:Viannalm2020@gmail.com)

**Conflito de interesses:** nada a declarar. **Financiamento:** nada a declarar.

Histórico:

**Submissão | Received:** 05/12/2022

**Aprovação | Accepted:** 13/12/2022

**Publicação | Published:** 23/12/2022



Todo o conteúdo do **JIM – Jornal de Investigação Médica** é licenciado sob *Creative Commons*, a menos que especificado de outra forma e em conteúdo recuperado de outras fontes bibliográficas.

## RESUMO

---

A insegurança alimentar e nutricional (IAN), continua sendo prevalente tanto em países subdesenvolvidos como em desenvolvimento. A recente pandemia pela COVID-19, acarretou um cenário de desemprego, escassez da produção, distribuição e disponibilidade de alimentos no Brasil e no mundo, aumentando assim, o grupo de risco de IAN. O presente trabalho tem como objetivo, identificar os pescados mais consumidos no Estado do Rio de Janeiro e explorar dados de sua composição proteica que podem ser benéficos na prevenção da IAN. Foi realizada uma pesquisa transversal usando bases de dados secundários de órgãos Nacionais: Secretaria de Agricultura e Pesca (SAP) do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento do Brasil (MAPA), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) . Após a obtenção dos pescados mais consumidos ,foram calculados os teores de proteína e de aminoácidos comumente mais limitantes nas dietas, e determinados: o score químico de aminoácidos (EQ) , o score químico de aminoácidos corrigido pela digestibilidade verdadeira (PDCAAS) e o nível de adequação nutricional para adultos. Os resultados revelaram que os pescados consumidos têm teor de proteína, semelhante à outras carnes, e é de alto valor biológico. Ao mesmo tempo, o aminograma das espécies marinhas revelou ser capaz de proporcionar elevada adequação nutricional às necessidades de adultos. Assim, esse trabalho destaca a relevância dos recursos marinhos para a saúde humana e sua utilização como estratégia para minimizar a insegurança alimentar e nutricional.

**Palavras-Chave:** Proteínas, Score químico de aminoácidos, Alimentos marinhos

## ABSTRACT

---

Food and nutrition insecurity (IAN) continues to be prevalent in both underdeveloped and developing countries. The recent pandemic caused by COVID-19, led to a scenario of unemployment, shortage of production, distribution, and availability of food in Brazil and in the world, thus increasing the risk group for IAN. The present work aims to identify the most consumed fish in the State of Rio de Janeiro and explore data on its protein composition that may be beneficial in the prevention of IAN. A cross-sectional survey was carried out using secondary databases from National bodies: Secretariat of Agriculture and Fisheries (SAP) of the Ministry of Agriculture, Livestock and Supply of Brazil (MAPA), Brazilian Institute of Geography and Statistics (IBGE). Most consumed fish, the most commonly limiting protein and amino acid contents in diets were calculated and determined: the chemical amino acid score (EQ), the chemical amino acid score corrected for true digestibility (PDCAAS) and the level of nutritional adequacy for adults. The results revealed that the fish consumed has a protein content, like other meats, and is of high biological value. At the same time, the aminogram of marine species proved to be able to provide high nutritional adequacy to the needs of adults. Thus, this work highlights the relevance of marine resources for human health and their use as a strategy to minimize food and nutritional insecurity.

**Keywords:** Proteins, Aminoacids Chemical Score, Marine Foods

# 1. INTRODUÇÃO

---

A insegurança alimentar e nutricional (IAN), é uma ameaça constante aos países subdesenvolvidos e naqueles em desenvolvimento que ficou mais evidente durante a recente pandemia causada pelo vírus SARS-Cov-2. Esse cenário agravou-se à medida que contribuiu para o desemprego, escassez da produção, distribuição e disponibilidade de alimentos no Brasil e no mundo, aumentando o contingente de indivíduos que passou a fazer parte de grupos de risco de IAN. Acrescenta-se também, o grande fluxo migratório resultante de conflitos e guerras nesse século. Todos esses fatores contribuíram para a emissão do relatório SOFI 2021 (State of Food Insecurity) elaborado pelos Conselhos de várias agências das Nações Unidas que, em linhas gerais, sugeriu a implementação de medidas socioeconômicas que previnam e/ou minimizem a IAN, agora não mais restrita aos países menos favorecidos (FAO et al., 2021).

No Brasil, agências oficiais Brasileiras, Organizações Não Governamentais (ONGs) e a Organização das Nações Unidas para a Alimentação e Agricultura (FAO), têm Programas voltados para a Segurança Alimentar e Nutricional, que incluem: a distribuição de alimentos fortificados e suplementos alimentares, que visam corrigir déficits nutricionais calórico/proteico e de micronutrientes (Ciniglia & Vianna, 2020).

Entretanto, em relação à proteína animal na dieta, é crescente a preocupação com a emissão de gases e com a demanda de grandes áreas para sua obtenção o que vem levando estudiosos de diversas áreas a se debruçarem sobre os possíveis métodos de exploração sustentada de recursos agropecuários e marinhos que viabilizem a sobrevivência da espécie humana e do planeta (Alpino et al., 2022).

Em relação a isso, a FAO, vem ao longo de décadas incentivando a introdução de Pescados na dieta e recomendando o consumo mínimo de 12 Kg/habitante/ano (FAO, 2019). Não obstante, no Brasil, dados de pesquisa de consumo alimentar revelam que a média de consumo de pescado fica em torno de 11,7 Kg/ hab /ano (Lopes et al., 2016), muito aquém do mundial que chega a atingir 20Kg/hab/ano (FAO, 2019).

Como pescado, entende-se: peixes, moluscos e crustáceos que se encontram distribuídos pela imensa área costeira brasileira, porém o consumo desses produtos parece ser influenciado, em grande parte, por aspectos socioeconômicos e culturais e muito menos por suas propriedades funcionais (Lopes et al., 2016., Da Silva Criança et al., 2021).

Assim, o objetivo principal desse trabalho é identificar os pescados mais consumidos no Estado do Rio de Janeiro e explorar dados de sua composição proteica que podem ser benéficos na prevenção da IAN.

## 2. MÉTODO

Trata -se de uma pesquisa transversal usando bases de dados secundários dos órgãos Nacionais: Secretaria de Agricultura e Pesca (SAP) do Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento (MAPA), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE).

Após identificados os pescados mais consumidos no Estado do Rio de Janeiro (Brasil, Mapa, 2022) foram selecionados aqueles que têm composição nutricional já documentada nas Tabelas de Composição Química de Alimentos adotadas nesse trabalho, a saber: Tabela Brasileira de Composição de Alimentos da Universidade de São Paulo (TBCA, 2020) e a Tabela de Composição dos Alimentos do IBGE (IBGE, 1999). A partir daí, foram extraídos os dados referentes ao teor de Proteína nas espécies, considerando 100g de produto in natura, e calculada Média e Desvio Padrão.

Em seguida, foram extraídos os teores dos aminoácidos (AA) mais limitantes: Lisina, Triptofano, Metionina, Treonina expressos em mg de aminoácidos /g de Nitrogênio (IBGE, 1999), e, usando o fator de conversão de 6,25g de Proteína foi calculado o teor de aminoácidos em mg/grama de proteína de cada espécie estudada, para aplicar a clássica fórmula do Score Químico de aminoácidos:

$$\text{Score Químico de AA} = (\text{mg de aa/g de proteína teste}) / (\text{mg de aa/g de proteína padrão FAO})$$

Para os cálculos foi usado o *padrão proteína FAO de 1971* que, apresenta o seguinte teor de aminoácidos limitantes (mg)/g da Proteína:

Lisina-55mg, Metionina -35mg, Treonina -40mg e Triptofano -10mg (Tagle MA, 1981)

O aminoácido mais limitante em relação à proteína padrão, é aquele que confere o percentual mais baixo em relação à proteína padrão que em outras palavras, é aquele que apresenta o maior déficit relativo, e atribuirá o score químico da proteína em estudo. Em seguida, esse valor foi usado para determinar o Score Químico de Aminoácidos corrigido pela Digestibilidade Verdadeira (PDCAAS), aplicando a fórmula abaixo:

$$PDCAAS = DV \times \text{Score de AA}$$

Para a DV (Digestibilidade verdadeira), foi usado o valor de 94% atribuído para pescados (FAO/WHO/UNU, 2002). A proteína com PDCAAS igual ou superior a 1,0 foi considerada de boa qualidade.

O nível de adequação às necessidades de aminoácidos limitantes para adultos foi calculado considerando os valores de referência do Estudo Técnico do Comitê de Expertises (FAO/WHO/UNU, 2002) e os valores expressos em percentual.

### 3. RESULTADOS

Na Tabela I, estão apresentados os pescados mais consumidos no Estado do Rio de Janeiro selecionados no presente estudo.

Os Peixes apresentaram um teor médio de Proteínas (g/100g de Produto in natura) de 20,3±4,0 g (n=7), o camarão 17g e a lula 15,7g.

A Tabela II apresenta os resultados dos indicadores usados, nesse trabalho, para a avaliação da qualidade da proteína dos pescados. Nas espécies de molusco (lula), crustáceo (camarão) e peixes: tainha, dourado, xerelete, corvina e pescada os valores de EQ foram atribuídos pelo aminoácido treonina. Na sardinha e na anchova os valores de EQ foram atribuídos respectivamente pelos aminoácidos metionina e triptofano.

A Tabela III, apresenta a contribuição de cada grupo de pescado para atingir o nível de adequação dos aminoácidos mais comumente citados como limitantes na dieta.

**Tabela I - Pescados mais consumidos no Estado do Rio de Janeiro**

Peixes teleósteos:	Sardinha ( <i>Sardinella brasiliensis</i> ) Anchova ( <i>Pomatus salatrix</i> ) Dourado ( <i>Coryphaena hippurus</i> ) Xerelete ( <i>Caranx chrysos</i> ) Corvina ( <i>Micropogon furnieri</i> ) Tainha ( <i>Mugil cephalus</i> ) Pescada branca ( <i>Cynoscion leiarchus</i> )
Crustáceos:	Camarão cinza ( <i>Penaeus vannamei</i> )
Moluscos :	Lula ( <i>Loligo vulgaris</i> )

**Fonte:** Extraído de Brasil/Secretaria de Agricultura e Pesca/MAPA (2022) e adaptado pelos autores

**Tabela II - Teor dos aminoácidos mais limitantes (mg/g de Proteína), Score Químico e PDCAAS por pescado**

	Lisina	Metionina	Treonina	Triptofano	EQ	PDCAAS
Tainha	107,0	45,60	44,80	12,96	1,12	1,05
Sardinha	93,28	43,20	51,36	13,96	1,23	1,15
Pescada	94,40	40,32	42,24	10,88	1,05	0,98
Anchova	110,24	40,48	45,76	11,20	1,12	1,05
Corvina	92,80	40,32	26,24	10,88	0,65	0,61
Dourado	94,4	40,32	42,24	10,88	1,05	0,98
Xerelete	88,0	38,40	41,60	11,84	1,04	0,97
Lula	79,68	43,20	46,88	14,08	1,17	1,09
Camarão	88,80	46,56	51,68	16,16	1,29	1,21

NOTA: EQ calculado tendo como base os valores de aa na Proteína Padrão FAO/71: Lisina-55mg, Metionina -35mg, Treonina -40mg e Triptofano -10mg (Tagle MA,1981)

**Tabela III** - Valores médios de aminoácidos limitantes em pescados e adequação às necessidades nutricionais

Teor de aa (g) em 100g Produto in natura* <sup>1</sup>	Necessidade adulto (mg/kg/dia) <sup>*2</sup>			% Adequação			
	<b>P</b>	<b>M</b>	<b>C</b>	<b>P</b>	<b>M</b>	<b>C</b>	
LIS**	1,96	1,25	1,50	30	93,3	59,5	71,4
MET**	0,83	0,87	0,78	15	83,0	63,8	74,2
TREO**	0,83	0,72	0,86	15	83,0	68,5	81,9
TRIPT**	0,23	0,19	0,27	4	82,1	67,8	96,4

\*\* LIS:LISINA; MET: METIONINA; TREO: TREONINA; TRIP: TRIPTOFANO

\*<sup>1</sup> O Teor de aa obtido foi calculado considerando os valores médios de proteína : 20,3g de Proteína para Peixes (P) (n=7); 15,7g de Proteína para Molusco (M) e 17 g de Proteína para Crustáceo(C) ambos com n=1 em 100g de produto in natura.

\*<sup>2</sup> FAO/WHO/UNU (2002).A adequação foi estimada considerando as necessidades desses aminoácidos para um homem adulto de 70Kg

## 4. DISCUSSÃO

Pescados são tradicionalmente considerados alimentos de grande valor nutricional. Os peixes, especialmente pela sua alta razão Proteína /Lipídios e o característico perfil de aminoácidos e ácidos graxos que o compõem, vem sendo recomendados para a prevenção de doenças cardiovasculares e outras enfermidades crônico-degenerativas (Balami et al., 2019). Trabalhos prévios, com crustáceos também reportaram importantes propriedades funcionais das espécies: *Emerita brasiliensis* (tatuí), crustáceo que tem seu habitat em praias arenosas brasileiras (Cavargere et al., 2012) e *Emerita emerica* encontrada na Indonésia (Santoso et al., 2015).

No presente estudo, o perfil de consumo, aqui apresentado, pode, em parte, estar associado à tradição cultural uma vez que o estado do Rio de Janeiro teve uma grande influência dos hábitos e costumes portugueses. Os imigrantes trouxeram elementos de sua culinária que, decerto, foram incorporados aos hábitos alimentares em diversas regiões do país (Menezes, 2002). A sardinha e a anchova, assim como a lula que fazem parte da lista divulgada pela Secretaria de Agricultura e Pesca do MAPA (Brasil, 2022), são pescados muito usados na culinária portuguesa.

Em relação à composição centesimal, os pescados avaliados no presente estudo, apresentaram teor de proteínas em torno de 20% o que é semelhante a carnes: bovina, suína e de aves (TBCA, 2020).

As espécies Tainha e Anchova apresentaram os maiores percentuais: 25,2 %e 27,7% respectivamente. Esses dados foram corroborados por Viana ZC et al. (2013) em estudo com Tainha e outros peixes coletados no litoral da Bahia.

Entretanto, os autores salientaram que é possível ocorrer variações na composição centesimal dentro das mesmas espécies dependendo das condições do habitat, alimentação e sazonalidade. Ramos Filho et al. (2010), avaliando a composição nutricional dos pescados do pantanal brasileiro, salientaram que o conteúdo de proteínas entre espécies tem um coeficiente de variação baixo quando comparado ao de lipídios. Dados esses corroborados por Caula FC et al. (2008), que também não encontraram diferenças estatisticamente significativas ( $p>0.05$ ) no teor de proteína dentre as várias espécies de pescados investigados.

Em consonância aos dados aqui reportados, Sartori et al. (2012), igualmente, determinaram o teor de proteína bruta através do clássico método de *Kjeldahl* e também confirmaram o teor médio de proteína entre 17 a 25%. Porém, a literatura discute a possibilidade de se encontrar valores ainda maiores de proteína e aminoácidos em pescados se utilizado o método de *Dumas* na determinação do Nitrogênio orgânico (Miller et al, 2007).

Além da expressiva quantidade de proteína nos pescados, sua qualidade nutricional pode estar, em parte, associada às características anátomo morfológicas que se caracterizam por menor conteúdo de tecido conjuntivo e com fibras musculares mais curtas o que contribui para sua alta digestibilidade (Alais & Linden, 1997). Alguns autores reportam que a digestibilidade verdadeira dos pescados pode alcançar até 95% (Pal et al., 2018). A digestibilidade é a medida da porcentagem da proteína que é hidrolisada (pelas enzimas digestivas), absorvida (pelo organismo na forma de aminoácidos) e utilizada para desempenhar sua função primordial de síntese e reparo tecidual. Portanto, é um marcador do seu aproveitamento biológico.

Também confere qualidade à proteína do pescado, seu aminograma que é caracterizado pela ausência de aminoácidos limitantes. Trabalhos prévios com outras espécies de pescados também associaram a alta qualidade de suas proteínas ao perfil aminoacídico (Usydyus et al., 2009). Em relação a isso, o score químico corrigido pela digestibilidade da proteína (PDCAAS), revelou que as proteínas dos pescados, do presente estudo, apresentaram valores acima de 1, com exceção dos peixes: Pescada branca, Dourado, Xerelete e Corvina (Tabela II). Porém, ainda apresentaram valores superiores àqueles reportados na literatura para a maioria das proteínas de origem vegetal que fica em torno de 0,40 (Pires et al., 2006).

O alto teor de aminoácidos, frequentemente limitantes em outras fontes de proteínas, também confirmou a importante contribuição do pescado na adequação nutricional da dieta para adultos (Tabela III) e na prevenção da Insegurança Alimentar e Nutricional.

Nesse aspecto, merece especial destaque o teor de lisina nos peixes, que garantiu 93,3% de adequação às necessidades nutricionais. É importante salientar que o aminoácido Lisina contribui para a digestibilidade da proteína de pescado, uma vez que é o principal

constituente das enzimas digestivas e, portanto, assegura a qualidade nutricional desta proteína. A lisina também está intimamente associada a manutenção dos sais de cálcio em solução contribuindo para sua biodisponibilidade e saúde osteomuscular (Aggawal & Bais, 2022). Por outro lado, esse aminoácido é muito reativo e oxidável a altas temperaturas o que faz com que nem sempre a lisina esteja utilizável. Entretanto, no caso de pescados, o processo de cocção é rápido o que minimiza os riscos de destruição desse aminoácido.

Igualmente importante foi o teor de triptofano em crustáceos, aqui tendo como único representante o camarão cinza, que contribuiu com 96,4% de adequação para esse nutriente. O aminoácido triptofano, dentre várias funções, é precursor dos neurotransmissores serotonina e melatonina que regulam humor, sono, tendo, pois, importante contribuição na manutenção da saúde mental (Comai et al., 2019).

## 5. CONCLUSÃO

---

Esse trabalho revela que os pescados encontrados na costa do Estado do Rio de Janeiro têm expressiva quantidade de proteína de alto valor biológico o que sugere uma importante contribuição desses recursos marinhos para a saúde humana resguardando a segurança alimentar e nutricional e, portanto, seu consumo deve ser incentivado.

## BIBLIOGRAFIA

---

- Aggarwal R., Bains K. (2022). Protein, lysine and vitamin D: critical role in muscle and bone health. *Crit Rev Food Sci Nutr*; 62(9), 2548-2559.
- Alais C. & Linden G. (1997). In *Abrégé de Biochimie Alimentaire*. Ed, Masson, Paris, 248pp
- Alpino TM., Masoto ML., Barros DC., Freitas CM. (2022). Os impactos das mudanças climáticas na Segurança Alimentar e Nutricional. *Ciência e Saúde Coletiva* 27(1), 273-286.
- Balami, S., Sharma, A., & Karn, R. (2019). Importância do valor nutricional do peixe para a saúde humana. *Malaysian Journal of Halal Research* , 2 (2), 32-34.
- Brasil, Mapa (Ministério da Agricultura, Pecuária e Abastecimento.) [acesso em: 10/04/2022]. Disponível em: <https://www.gov.br/agricultura/pt-br/assuntos/aquicultura-e-pesca/rede-do-pescado/consumo-e-tipos-de-peixes-no-brasil/regiao-sudeste>

- Caula FC.,Oliveira MP.,Maia EL. (2008).Teor de colesterol e composição centesimal de algumas espécies de peixes do Estado do Ceará.Food Science Technology 28(4):959-963
- Cavargere, VA, França, CF, Cardoso, R., & Vianna, LM (2012). Efeitos da suplementação com farinha de Emerita brasiliensis em ratos normotensos (Wistar) e espontaneamente hipertensos (SHR). *Arquivos Brasileiros de Biologia e Tecnologia* , 55 , 521-525.
- Ciniglia N. & Vianna LM.(2020). Food Security in Brazil in the HIV/AIDS -a current outlook, *Nutrição em Pauta*, 28(165), 25-30.
- Comai, S., Bertazzo, A., Brughera, M., & Crotti, S. (2020). Tryptophan in health and disease. *Advances in clinical chemistry*, 95, 165-218.
- da Silva Criança, E., Canela, E. S., Lopes, A. R. D. B. C., Otani, F. S., & Nebo, C. (2021). Perfil socioeconômico dos consumidores de peixes na microrregião de Redenção do Pará. *Brazilian Journal of Development*, 7(4), 37525-37545.
- Fao Yearbook. (2019). Fishery and Aquaculture Statistics 2017/FAO annuaire. Statistiques des pêches et de l'aquaculture 2017/ FAO anuario. Estadísticas de pesca y acuicultura 2017.
- Fao, Ifad, Unicef, Wfp and Who. (2021) The State of Food Security and Nutrition in the World 2021. Transforming food systems for food security, improved nutrition and affordable healthy diets for all . Rome, FAO,240pp.
- Fao/Who/Unu. (2002). Joint Expert Consultation on Protein and Amino Acid Requirements in Human NutritionProtein and amino acid requirements in human nutrition.Technical report series; 935, 256 pp
- Ibge. (1999). Tabela de Composição de Alimentos,5 ed, RJ,137pp
- Journal of Fisheries and aquatic studies. (2018). Vol. 6(2): 427-430.
- Lopes, I. G., De Oliveira, R. G., & Ramos, F. M. (2016). Perfil do consumo de peixes pela população brasileira. *Biota Amazônia (Biote Amazonie, Biota Amazonia, Amazonian Biota)*, 6(2), 62-65.
- Menezes, Ângela Dutra de. (2002). A gastronomia portuguesa no estado do Rio de Janeiro. In: LESSA, Carlos (org.). Os Lusíadas na aventura do Rio moderno. Rio de Janeiro: Record, pp. 559.
- Miller EL., Bimbo A P., Barlow S M.,Sheridan B. (2007).Repeatability and reproducibility of determination of the nitrogen content of fishmeal by the combustion (Dumas)

method and comparison with the Kjeldahl method: interlaboratory study. *J AOAC Int* 90(1),6-20.

Pal, J., Shukla, B. N., Maurya, A. K., Verma, H. O., Pandey, G., & Amitha, A. (2018). A review on role of fish in human nutrition with special emphasis to essential fatty acid. *International Journal of Fisheries and Aquatic Studies*, 6(2), 427-430.

Pires VC., Maria Oliveira M G A, Rosa JC., Costa NMB. (2006). Nutritional quality and chemical score of amino acids from different protein sources *Ciênc. Tecnol. Alimentos., Campinas*, 26(1): 179-187.

Ramos Filho, M. M., Ramos, M. I. L., Hiane, P. A., & de Souza, E. M. T. (2010). Nutritional value of seven freshwater fish species from the Brazilian Pantanal. *Journal of the American Oil Chemists' Society*, 87(12), 1461-1467.

Santoso, J., Hanifa, Y. N., Indariani, S., Wardiatno, Y., & Mashar, A. (2015). Nutritional values of the Indonesian mole crab, *Emerita emeritus*: are they affected by processing methods?. *Aquaculture, Aquarium, Conservation & Legislation*, 8(4), 579-587.

Sartori A G O., Dantas A R. (2012). *Segurança Alimentar e Nutricional*, Campinas, 19(2): 83-93.

Tagle MA. (1981). *Nutrição*. Ed Artes Médicas, São Paulo, SP, 234 pp

Tbca. (2020). *Tabela Brasileira de Composição de Alimentos*. Universidade de São Paulo (USP). Versão 7.1. São Paulo, 2020. [Acesso em: 06/04/2022]. Disponível em: <http://www.fcf.usp.br/tbca>

Usydus, Z., Szlinder-Richert, J., & Adamczyk, M. (2009). Protein quality and amino acid profiles of fish products available in Poland. *Food chemistry*, 112(1), 139-145.

Viana, Z. C. V., da Silva, E., Fernandes, G. B., & Santos, V. L. C. S. (2013). Composição centesimal em músculo de peixes no litoral do estado da Bahia/Brasil. *Revista de Ciências Médicas e Biológicas*, 12(2), 157-162.

# JIM

## JORNAL DE INVESTIGAÇÃO MÉDICA



**e<sup>3</sup>** | Revista de Economia  
Empresas e  
Empreendedores  
na CPLP



**J<sup>2</sup>** |  
Jornal Jurídico

**JIM**  
Jornal de Investigação Médica

**RAE**  
REVISTA DE ATIVOS DE ENGENHARIA

**REM**  
REVISTA DE ESTUDOS DO MAR

**A PÁTRIA**  
+  
JORNAL DA COMUNIDADE GENTICA DE LÍNGUA PORTUGUESA