



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

---

## **ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS**

DEPARTAMENTO DE LINGUÍSTICA E LITERATURAS

# **RELATÓRIO DE ESTÁGIO NA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS: TRADUÇÃO DE TRÊS ARTIGOS TÉCNICOS**

**Inês Maria Damas Pereira**

Prof.<sup>a</sup>. Doutora Ana Alexandra Silva

Prof.<sup>a</sup> Doutora Felismina Mendes

**Mestrado em Línguas e Linguística**

Área de Especialização | Tradução

Relatório de Estágio

Évora, 2019



UNIVERSIDADE DE ÉVORA

---

## **ESCOLA DE CIÊNCIAS SOCIAIS**

DEPARTAMENTO DE LINGUÍSTICA E LITERATURAS

# **RELATÓRIO DE ESTÁGIO NA ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM SÃO JOÃO DE DEUS: TRADUÇÃO DE TRÊS ARTIGOS TÉCNICOS**

**Inês Maria Damas Pereira**

Prof.<sup>a</sup> Doutora Ana Alexandra Silva

Prof.<sup>a</sup> Doutora Felismina Mendes

**Mestrado em Línguas e Linguística**

Área de Especialização | Tradução

Relatório de Estágio

Évora, 2019



## **CONSTITUIÇÃO DO JÚRI:**

**Presidente do Júri:** Professora Doutora Maria do Céu Fonseca

**Arguente:** Professor Doutor Fernando Gomes

**Orientadora:** Professora Doutora Ana Alexandra Silva



## **AGRADECIMENTOS**

Gostaria de agradecer a todos os que me têm acompanhado neste percurso, especialmente, à minha família.

Agradeço, do fundo do coração, à Professora Doutora Ana Alexandra Silva, por me ter apoiado e acreditado em mim quando eu mais precisava de ajuda.

À Doutora Felismina Rosa Mendes, diretora da Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, pois cooperou comigo neste projeto através do fornecimento de materiais e demonstrou-se disponível para me ajudar no que eu precisasse.



## RESUMO

O meu trabalho de estágio surge enquadrado no âmbito do Estágio realizado na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESESJD), em Évora, o qual consistiu na tradução de três artigos científicos (Português-Inglês).

Neste trabalho é especificado o significado de Tradução, abordando uma das suas vertentes, a tradução técnica, que neste caso será a tradução de artigos na área científica da enfermagem.

Procederei à análise das três traduções e ao respetivo enquadramento, acompanhado de um comentário que especificará alguns aspetos linguísticos verificados ao longo dos três artigos.

Este trabalho apresentar-se-á acompanhado de um glossário de termos técnicos, indicado para quem desconhece o que se aborda na Enfermagem e para os mais jovens não conhecedores de alguns termos mais antigos ou mais técnicos.

**Palavras-chave:** estágio, vocabulário especializado, enfermagem, tradução técnica.



## Internship report at the São João de Deus Nursing School:

### Translation of three technical articles

#### **ABSTRACT**

My internship work comes under the scope of the Internship at the São João de Deus Nursing School (ESESJD), in Évora.

In this work the meaning of translation is specified, addressing one of its aspects, the technical translation, which in this case will be the translation of articles in the nursing scientific area.

I will analyze the three translations and the respective framework, accompanied by a commentary that will specify some linguistic aspects verified throughout the three articles.

This work will be accompanied by a glossary of technical terms, suitable for those who are unaware of what is being discussed in Nursing and for the young people who do not know some older or more technical terms.

**Keywords:** internship, specialized vocabulary, nursing, technical translation.



## ÍNDICE

CONSTITUIÇÃO DO JÚRI: .....	viii
AGRADECIMENTOS .....	ix
RESUMO .....	x
ABSTRACT.....	xi
ÍNDICE .....	vi
CAPÍTULO I .....	ix
1. INTRODUÇÃO .....	1
CAPÍTULO II .....	5
1. ORIGEM DA TRADUÇÃO .....	5
2. UMA BOA TRADUÇÃO .....	6
3. ESTRATÉGIAS E MÉTODOS DE TRADUÇÃO .....	7
4. FUNDAMENTOS DA TRADUÇÃO TÉCNICA .....	11
CAPÍTULO III .....	16
5. ENQUADRAMENTO DO ESTÁGIO.....	16
A. O HOSPITAL DE ÉVORA – HISTÓRIA .....	16
FUNDAÇÃO DO HOSPITAL .....	16
FUNDAÇÃO DO HOSPITAL REAL DO ESPÍRITO SANTO: CONTEXTO HISTÓRICO .....	17
EVOLUÇÃO DO HOSPITAL ATRAVÉS DOS ÚLTIMOS 20 ANOS .....	19
B. ESCOLA DE ENFERMAGEM S. JOÃO DE DEUS .....	19
CAPÍTULO IV .....	25
4.1. RESUMO DOS 3 ARTIGOS .....	26
NECESSIDADES DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM ÀS FAMÍLIAS DE CRIANÇAS CM DOENÇAS CRÓNICAS.....	26
IMPACTO DA VISITA DOMICILIÁRIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM- NASCIDO/LACTENTE/FAMÍLIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA. ....	27



EDUCAÇÃO SEXUAL NA ESCOLA: CONTEXTOS PARA A MUDANÇA .....	29
TRADUÇÃO DOS ARTIGOS .....	30
<b>4.2. 1º ARTIGO .....</b>	<b>30</b>
NURSING CARE NEEDS FOR THE FAMILY OF THE CHILD WITH CHRONIC ILLNESS .....	30
INTRODUCTION .....	30
METHODOLOGIES.....	33
RESULTS.....	34
DISCUSSION .....	42
CONCLUSIONS .....	44
<b>4.3. 2º ARTIGO.....</b>	<b>49</b>
INTRODUCTION .....	49
METHODOLOGY.....	53
RESULTS.....	55
DISCUSSION OF RESULTS .....	66
CONCLUSIONS .....	76
BIBLIOGRAPHY .....	78
<b>4.4. 3º ARTIGO .....</b>	<b>82</b>
SEX EDUCATION IN SCHOOL: CONTEXTS FOR CHANGE .....	82
INTRODUCTION .....	82
METHODS.....	86
RESULTS .....	89
DISCUSSION.....	102
CONCLUSION.....	104
BIBLIOGRAPHY .....	105
<b>4.5. COMENTÁRIO.....</b>	<b>110</b>



4.6. GLOSSÁRIO DE TERMOS MÉDICOS E DE ENFERMAGEM .....	164
CAPÍTULO V .....	191
CONCLUSÃO .....	191
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....	193
WEBGRAFIA:.....	194
ANEXOS.....	196
<a href="#"><u>Anexo I – “NECESSIDADES EM CUIDADOS DE ENFERMAGEM ÀS FAMÍLIAS DE CRIANÇAS COM DOENÇA CRÓNICA”</u></a> .....	
<a href="#"><u>Anexo II – “IMPACTO DA VISITA DOMICILIÁRIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO/LACTENTE/FAMÍLIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA”</u></a> .....	
<a href="#"><u>Anexo III – “EDUCAÇÃO SEXUAL NA ESCOLA: CONTEXTOS PARA A MUDANÇA”</u></a> .....	



# CAPÍTULO I

“Without translation I would be limited to the borders of my own country. The translator is my most important ally. He introduces me to the world.”

Ítalo Calvino



## 1. INTRODUÇÃO

O meu trabalho de estágio surge enquadrado no âmbito do Estágio realizado na Escola Superior de Enfermagem São João de Deus (ESESJD), em Évora. A Diretora da Escola, a Professora Doutora Felismina Mendes, acolheu o meu estágio, fornecendo-me documentos que deveriam ser traduzidos para Inglês.

Neste trabalho é especificado o significado do conceito de tradução, abordando uma das suas vertentes, a tradução técnica, que neste caso será a tradução de artigos da área científica da enfermagem.

Procederei à análise das três traduções e ao respetivo enquadramento, acompanhado de um comentário que especificará alguns aspetos linguísticos verificados ao longo dos três artigos.

Este trabalho apresentar-se-á acompanhado de um glossário repleto de termos técnicos, indicado para quem desconhece o que se aborda na Enfermagem e para os mais jovens não conhecedores de alguns termos mais antigos ou mais técnicos.

Segundo Umberto Eco (2005: 242-243), tradução, cujo termo latino é *translatio*, surge primeiramente no sentido de “mudança”, “transferência”, “transplante” ou “transporte”, ou, de outro modo, transportar um conteúdo de uma língua para outra.

Segundo o autor anteriormente referido (Eco, 2005: 256), uma boa tradução é um contributo crítico para a compreensão da obra traduzida, pois exige um certo



cuidado com a leitura da obra, uma vez que faz uma crítica com a sua atividade de negociação, procurando um leitor mais atento, fazendo com que o autor visiona o original e as restantes traduções de outro modo.

De acordo com o mesmo (Eco, 2005: 243), *traducere* significa “conduzir para além de”, ou seja, traduzir é ir mais além da mensagem do autor do texto da língua fonte, ou, por outras palavras, é transplantar para a língua alvo esse texto, esmiuçando-o ao mais ínfimo pormenor, de modo a dar a entender ao leitor dessa tradução, o significado e a riqueza dessa obra.

A tradução é uma área que surgiu há muito tempo e conta com São Jerónimo como padroeiro. Esta começou oficialmente com a tradução da Bíblia para fazer preservar uma língua superior, que naquela altura era o Latim. A tradução também servia como instrumento político contra a religião, afetando o ensino, devido ao elitismo, pois só determinada classe é que podia estudar, os que pertenciam à elite.

Segundo Walter Benjamin (citado por Barrento, 2002: 227), a tradução ideal deve ser obrigatoriamente um “eco” do original, ou seja, uma tradução não é uma cópia do original, mas sim, fazer transparecer a mensagem do autor de uma língua fonte para uma língua alvo.

De acordo com o mesmo autor, a tradução é vista como prolongadora da vida das culturas e das línguas, que geralmente ocorre através da renovação das obras de



vários autores, principalmente os mais antigos, concretamente dos autores considerados *canónicos*, para que não se perca a essência dos grandes pensadores da antiguidade.

No entanto, nem sempre se trata exclusivamente de transmitir uma mensagem, mas de respeitar um determinado estilo e exigências do autor, tendo o tradutor de respeitar determinadas regras, fazendo com que a tradução se transforme quase numa tradução literal.

Segundo Peter Newmark, a tradução não se limita exclusivamente a fazer transparecer a mensagem de um autor, mas de entrelaçar as diversas culturas, para promover uma homogeneidade entre as culturas das diversas línguas (Newmark, 1988: 94-96).

De acordo com William Epton (citado por Barrento 2002: 15), a tradução é como um cozido na panela, cujo caldo necessita ser muito bem preparado, independentemente dos ingredientes.

O papel do tradutor é encontrar, segundo Homi Bhabha, um “entre-espaço”, ou seja, a tradução não se limita a ser uma cópia do original, mas sim, uma interpretação subjetiva da mensagem do autor da língua do texto fonte para a língua do texto alvo, sem fugir aos padrões estilísticos (Bhabha, 2000: 207-221).



Na perspetiva de Raymond Williams, traduzir é ir mais além da mensagem do texto original através de uma negociação, necessária ao processamento da informação facultada pelo conteúdo do texto original, como uma espécie de “exploração” (Kellner, 1997: 25-26).

Segundo João Barrento, a tradução “literária”, é uma abstração, bastante negada pela prática de tradução de textos, maiores ou menores, da literatura de todos os tempos e idiomas. Mas existem, textos literários, realidades discursivas que trazem as marcas da literalidade ou da poeticidade, cuja tradução se quer de forma congenial, mais ou menos literal, mais ou menos lateral. De acordo com o mesmo, a tradução literária é, inclusive, um fator de formação literária ativa, de leitores e de atores (Barrento, 2002: 97).

Podemos concluir que a tradução é importante em variadas áreas, mas é necessário respeitar os mais diversos modelos de tradução, correspondentes às mesmas áreas.

Também é importante referir as minhas fontes de tradução, entre as quais posso destacar os seguintes dicionários online: *Linguee* (o mais importante na minha tradução), o *Medical dictionary*, o *Priberam* e o *The Free Dictionary*, aos quais recorri para a tradução do *corpus* em questão do português para o inglês, nomeadamente os artigos e uma parte do glossário.



Em relação aos dicionários manuais posso destacar: o Dicionário de Enfermagem de Honnor Morten e o Dicionário Escolar Bilingue Inglês-Português e vice-versa. Estes foram necessários para a elaboração do glossário de termos na área da enfermagem.

## CAPÍTULO II

### 1. ORIGEM DA TRADUÇÃO

A tradução surge devido à necessidade de comunicação entre os povos de diferentes culturas e línguas, no sentido de ir mais além das barreiras linguísticas que afastam os povos, e esta, ajuda a fazer com que essas barreiras sejam ultrapassadas.



Tudo começou com a tradução da Bíblia para o Latim pelas mãos de S. Jerónimo, a primeira fonte importante para os estudos religiosos, académicos e de tradução.

Os estudos académicos relativos ao tema só principiaram na segunda metade do século XX e, a princípio, emergiu do campo das Línguas Modernas, Linguística e Literatura Comparada. Foi necessário lutar pelo seu reconhecimento, pois a tradução tinha pouca importância nesta altura (Munday, 2011: 1-2).

## 2. UMA BOA TRADUÇÃO

A tradução não tem uma definição concreta, mas a que mais se aproxima é a passagem de uma língua fonte para uma língua alvo do significado do *corpus* original para um texto equivalente na língua de chegada, ou seja, tem de existir uma negociação de equivalentes da língua de partida para a língua de chegada de modo a ser transmitida uma mensagem para o leitor. Para tal, é necessário recorrer a uma pesquisa exaustiva e ao conhecimento cultural de ambas as línguas, de modo a que uma boa tradução se concretize.



## 3. ESTRATÉGIAS E MÉTODOS DE TRADUÇÃO

Quando se aborda o tema da tradução é necessário destacar as várias estratégias de tradução, as quais se encontram referidas em *A Textbook of Translation* (Newmark, 1988: 68-91) e em *Main Issues of Translation Studies* (van Doorslaer, 2007: 23), entre as quais podemos destacar:

- ✓ Tradução livre – quando a tradução é livremente interpretada pelo tradutor, sem impedimentos de qualquer ordem.
- ✓ Tradução literal – é a transferência direta de um texto na língua fonte para um gramática e idiomáticamente apropriado texto na língua alvo, ou seja, tradução palavra por palavra.
- ✓ Tradução idiomática/equivalência – ex: provérbios ou onomatopeias.
- ✓ Tradução funcional – é o meio termo entre tradução cultural de língua fonte e de língua alvo. É a desculturalização de uma palavra cultural.
- ✓ Naturalização – este processo adapta a palavra da língua fonte à pronúncia normal e, de seguida, à morfologia normal da língua alvo.
- ✓ Tradução orientada pela fonte – quando a tradução é limitada pelo autor.



- ✓ Tradução orientada pelo público-alvo – quando a tradução é uma interpretação pessoal da audiência.
- ✓ Exotização – destruição das línguas vernaculares.
- ✓ Localização – divisão em unidades de tradução.

Relativamente aos métodos de tradução, afigura-se necessária a sua utilização para que as anteriores estratégias resultem. Passemos então à enumeração dos métodos, segundo Luc van Doorslaer (van Doorslaer, 2007: 24) e Vinay e Darbelnet (Venutti, 2000: 84-93):

- Aculturação
- Amplificação
- Empréstimo
- Adaptação
- Calque
- “Coinage”



- Compensação
- Concisão
- Condensação
- “Denominalização”
- Transferência direta
- Diluição
- Expansão
- Imitação
- Implicação
- Intercâmbio
- Interpretação
- Modulação
- Modificação
- Paráfrase
- “Recategorização”



- Reformulação
  
- Adição
  
- Omissão

O **empréstimo** é o mais simples dos procedimentos, segundo Vinay e Darbelnet (Venutti, 2000: 85) e é utilizado para ultrapassar as lacunas metalinguísticas através do empréstimo de uma palavra do texto da língua fonte para o texto da língua alvo.

Em relação ao **calque**, é caracterizado pelo empréstimo de uma expressão da língua de partida para a língua de chegada, a qual é literalmente traduzida.

No que diz respeito à **modulação**, é uma variação em forma de mensagem, obtida de um ponto de vista diversificado.

No que concerne à **adaptação**, esta é o limite da tradução e consiste em criar uma equivalência situacional, devido às incompatibilidades entre língua fonte e língua alvo.

No que se refere à **compensação**, ocorre quando se verifica perda de significado, fonia, metáfora ou efeito pragmático numa parte da frase que é compensada noutra parte, ou numa frase contígua.

A **paráfrase** é uma amplificação do significado de um segmento do texto. É utilizada em textos pobres ou onde são necessárias.



A “**coinage**” ocorre quando algo é inventado.

No que se refere à **aculturação**, é o contato entre culturas, ou seja, é quando as culturas se “tocam”.

## 4. FUNDAMENTOS DA TRADUÇÃO TÉCNICA

A tradução técnica verifica-se quando surgem documentos de uma determinada área para traduzir, contendo uma série de termos específicos dessa área, como é o caso da enfermagem, tendo o tradutor que efetuar uma pesquisa exaustiva de modo a decifrar vários termos que podemos normalmente observar ao longo do texto, os quais nem toda a gente conhece. Normalmente são elaborados dicionários e glossários para responder a essa necessidade teórica.

De acordo com o professor Raúl Araguez da Universidade de Havana, no âmbito da tradução técnica, são criados dicionários próprios para determinadas áreas, como é o caso do turismo, para acabar com as barreiras linguísticas entre os países, de modo a criar termos universais. Estes facilitam a atividade turística e aumentam com a divulgação através dos media, o que facilita ainda mais o aumento da necessidade da tradução técnica (Araguez, 2000: 151-157).



Outros locais onde podemos verificar a existência de tradução técnica são, por exemplo: nos manuais de utilizador, na Internet, em documentos comerciais, a tradução jurídica, a tradução de publicidade, a tradução de guias históricos, etc.

Existem quatro tipos de tradução técnica: a tradução do texto jurídico, a tradução médica, a tradução das engenharias e a tradução empresarial.

Neste caso estamos a tratar de uma tradução médica. Este tipo de tradução é caracterizado pela simplicidade da escrita, pela economia de palavras, pelos empréstimos (anglicismos, latinismos), pelas frases de tipo declarativo, e pela utilização abundante de siglas e acrónimos.



**Exemplos:**

**Artigo 1**

<b>Língua fonte</b>	<b>Língua alvo</b>
“Operador booleano” - podem ser OR, AND ou NOT e são utilizados para pesquisas em plataformas específicas.	“boolean operator”
“Técnicos”	“technicians”; “experts”
“Rede de apoio”	“support network”
“Diagnóstico precoce”	“early diagnosis”; “earlier diagnosis”; “premature diagnosis”
“Stress”	“stress”
“Tempo”	“time”
“Altruísmo”	“altruism”; “unselfishness”; “selfnessless”
“coping”	=



**Artigo 2**

“visita domiciliária” - é a visita que os enfermeiros fazem aos recém-nascidos/lactentes/famílias para verificar o seu estado.	“home visit”
“lactente” – criança, bebé, recém-nascido	“infant”
“processamento mental”	“mental processing”
“serviços terapêuticos”	“curative services”
“serviço personalizado”	“personalized service”
“estratégia de intervenção”	“intervention strategy”
“estratégia de prevenção”	“prevention strategy”
“visitantes domésticos”	“home visitors”



**Artigo 3**

“Intervenientes”	“intermediate”
“sexualidade”	“sexuality”
“ciclo”	“cycle”
“grau de participação”	“degree of participation”; “level of participation”
“escalas”	“scales”; “ranges”
“educação sexual”	“sex education”
“programa”	“program”; “programme”; “project”; “course”
“público alvo”	“target audience”; “target public”



## CAPÍTULO III

### 5. ENQUADRAMENTO DO ESTÁGIO

#### A. O HOSPITAL DE ÉVORA – HISTÓRIA

##### FUNDAÇÃO DO HOSPITAL

O Hospital de Évora encontra-se em funcionamento para todos há bem pouco mais de quinhentos anos, sendo comemorado o seu centenário em 1995. Ao longo destes anos o Hospital teve várias designações: *Hospital Real*, *Hospital do Espírito Santo*, *Hospital da Misericórdia*, após o 25 de abril de 1974: *Hospital Civil* e *Hospital Distrital de Évora*. Mais tarde e, permanentemente, passou a designar-se Hospital do Espírito Santo.

##### Origens do Hospital Real do Espírito Santo

No final do séc. XV havia na cidade de Évora aproximadamente 12 hospitais, também designados de hospícios ou albergarias, que acolhiam pobres, romeiros, peregrinos e enfermos. O mais antigo era o *Hospital de S. João de Jerusalém*.

D. Manuel fundou o Hospital em 1442, escolhendo para ele “o sítio do Spirito Santo” e considerou-se seu padroeiro, dando-lhe o título de Real. A construção deste edifício foi



iniciada em 1495, durante o seu reinado, de modo a unir todos os hospitais num só, o *Hospital Real do Espírito Santo*.

## **Santa Casa da Misericórdia**

O Cardeal D. Henrique entregou o Hospital Real do Espírito Santo à Santa Casa da Misericórdia de Évora a 6 de abril de 1567, administrando-o durante 406 anos.

## **Administração estatal**

No dia 2 de abril de 1975, o hospital passou para a tutela do Estado, modernizando-se ao longo dos tempos.

## **FUNDAÇÃO DO HOSPITAL REAL DO ESPÍRITO SANTO: CONTEXTO HISTÓRICO**

No programa de caridade do Hospital, durante a Idade Média, que era baseado no Evangelho, era dirigido aos pobres, enfermos, peregrinos, órfãos, viúvas e cativos, ou, por outras palavras, os miseráveis. Este teve como impulsionadores os monges e os bispos, tendo como objetivo alcançar o Céu, atraindo para as instituições religiosas esmolas para ajudar os necessitados. Por isso, os primeiros estudos médicos desenvolveram-se nos mosteiros e catedrais da Idade Média, porque geralmente encontravam-se junto a hospícios, fundados por burgueses e comunidades laicas nos sécs. XII e XIII, impulsionando a “revolução da caridade”, resolvendo vários problemas



sociais. Devido às dificuldades sociais exteriores, nas cidades foram criadas as confrarias, que possuíam quase sempre um hospital ou albergaria. Na Idade Média, Évora teve aproximadamente vinte albergarias e hospitais das confrarias.

## **O nascimento do Hospital Real de Évora**

Com D. Afonso V inicia-se a política de centralização dos hospitais e assistência. A partir de 1459, o rei nomeia um provedor para todos os hospitais de Évora.

Em 1470, o rei estabelece o *Regimento* dos hospitais e albergarias de Évora para que “os pobres e caminantes achem neles gasalho e esmola e as vontades e estatutos dos edificadores e benfeitores serem cumpridos” (Armando Gusmão, 1958: 46).

Em 1485, D. João II obteve a autorização de Inocêncio VIII para unificar os hospitais de uma só localidade. Os hospitais de Évora, à exceção do de S. Lázaro, ao unirem-se, transformaram-se no Hospital Real do Espírito Santo.

A nova instituição, passando já pela reforma, caracterizou-se pelo poliformismo e pela identificação dos serviços de saúde com os serviços de assistência, herdando o espírito generoso e humanitário das anteriores. Pobres e peregrinos passaram a ser cuidados, mas o sofrimento causado pela doença foi, para os homens da época, uma chamada de atenção para os seus deveres cristãos.



## **EVOLUÇÃO DO HOSPITAL ATRAVÉS DOS ÚLTIMOS 20 ANOS**

O Hospital do Espírito Santo só foi oficialmente reconhecido devido à bula do Papa Alexandre VI, a 23 de agosto de 1498, beneficiando o rei D. Manuel I. Em 1535 o rei D. João III, entregou-o aos cuidados dos padres da Congregação de S. João Evangelista, gerindo-o até 1551, passando os Cónegos Metropolitanos Gomes Pires e Luís Álvares de Azevedo a administrá-lo.

Em 6 de abril de 1567 o Hospital passou a ser administrado pela Santa Casa da Misericórdia até 2 de abril de 1975, data em que este passou para a tutela do Estado.

## **B. ESCOLA DE ENFERMAGEM S. JOÃO DE DEUS**

A Escola Superior de Enfermagem de S. João de Deus conta hoje com mais de cinquenta anos e visa o desenvolvimento do conhecimento em Enfermagem e a formação de profissionais idóneos.

### **Os primeiros momentos da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus**

Esta escola foi criada em 2 de dezembro de 1955, começando a funcionar no edifício do pavilhão dos inválidos, junto ao Hospital da Santa Casa da Misericórdia de Évora. Nesse mesmo mês, definiram-se os critérios de admissão das alunas e os quadros do



peçoal e dos professores. As aulas começaram em fevereiro de 1956 e a inauguração da escola foi feita a 20 de maio do mesmo ano, apesar de esta ter sido proposta para o dia 8 de março de 1956 (dia do patrono da escola – S. João de Deus). Nesta escola só se tratava a matéria essencial, visto que havia pouco tempo para fazê-lo (três anos). Tal matéria incluía: ginástica ou anatomia. As alunas tinham obrigatoriamente de frequentar a missa com o respetivo uniforme, acompanhadas pela monitora, de preferência na Igreja da Misericórdia, onde lhes estavam reservados lugares. Houve polémica em relação aos alunos casados, sendo imposta, durante o Estado Novo, a proibição do casamento às enfermeiras. Foram atribuídos subsídios a alunos para poderem estudar e explicações aos necessitados.

### **Formação em enfermagem: do passado ao futuro**

A Declaração de Bolonha veio lançar novas e importantes questões relativamente à formação em geral. Esta implica uma reestruturação no Ensino Superior. Relativamente à formação em enfermagem, tem sofrido grandes evoluções, em particular nas últimas décadas, mas a mais importante alteração é a que se seguiu.

A formação em enfermagem com o tratado de Bolonha promoveu a reforma do sistema de ensino superior, dando-se um passo significativo para a convergência de um modelo de formação superior comparável ao nível europeu.

O ensino e a prática da enfermagem em Portugal apresentam um elevado nível técnico-científico, superior em alguns casos. A sua história decorre essencialmente no séc. XX, iniciando-se no final do séc. XIX, aquando do surgimento da enfermagem como atividade profissional institucionalizada, em virtude do trabalho efetuado por Florence Nightingale.

A enfermagem teve durante vários anos um papel de subalternização à Medicina.

No séc. XX surgem as primeiras escolas de enfermagem, sempre sedeadas junto aos grandes hospitais: a primeira foi a Escola Profissional de Enfermagem em Lisboa, com um curso básico com a duração de um ano.

O hospital deixava de ser um centro de atividades curativas e passava a ser ainda um centro de prevenção da doença, de ensino para a saúde, da reabilitação física e social do indivíduo, família e comunidade, de acordo com Fonseca.

A disciplina de Enfermagem tornou-se o centro da aprendizagem.

Em 1966 a OMS promove a Integração do Ensino de Enfermagem no Sistema Educativo Nacional, ao nível do Ensino Superior Politécnico, que serve para “estimular a criação cultural e o desenvolvimento do espírito científico e do pensamento reflexivo”.



As Escolas de Enfermagem têm a responsabilidade de formar enfermeiros capazes de exercer a prática profissional atendendo às necessidades da população do local onde exercem funções.

## A 2 de abril criou-se a Ordem dos Enfermeiros.

Em 1999, após se constatar que o tempo da licenciatura era curto para capacitar o enfermeiro ao exercício autónomo da profissão, reorganizaram-se os cursos de licenciatura, passando a ter uma duração de 4 anos, para que no final da sua formação estejam prontos para pôr em prática as funções que a Ordem lhes atribui, que são: promover a defesa da qualidade dos cuidados de enfermagem; regulamentar e controlar o exercício da profissão e assegurar o cumprimento das regras de ética e deontologia profissional.

A formação avançada iniciou-se no final do séc. XIX, com a formação de parteiras, após concluírem a Pós-Graduação.

## **- O Processo de Bolonha**

O Processo de Bolonha tem a sua génese na Declaração de Sorbonne em 25 de maio de 1998, a que se sucedeu a Declaração de Bolonha subscrita a 19 de julho de 1999 pelos Ministros da Educação de vinte e nove países europeus.



O Processo de Bolonha fez com que o 1º Ciclo, na área da Enfermagem, passasse a ter quatro anos de duração.

O 2º Ciclo, conducente ao grau de mestre, passou a ter 3 ou 4 semestres e não só desenvolve competências profissionais, mas desenvolve uma formação com base no conhecimento da Enfermagem com recurso à investigação.

O 3º Ciclo, o doutoramento, permitirá a consolidação de saberes, teorização em Enfermagem, compreensão sistemática do domínio científico em Enfermagem e o desenvolvimento da disciplina.

Um dos elementos mais importantes do Processo de Bolonha é a conceção dos cursos na lógica da aquisição de competências.

No decurso e após a conclusão da formação, o estudante deve estar consciente da necessidade de ser responsável pela sua aprendizagem, continuando a desenvolver competências com o intuito de melhorar a qualidade da prática profissional e de se valorizar permanentemente.

Enquanto profissional, há sempre a possibilidade de sentir a necessidade de continuar a formação para colmatar lacunas e/ou aprofundar conhecimentos, resultando na necessidade de formação de um desfasamento entre as exigências do trabalho e as competências da pessoa.



Uma das grandes forças da Enfermagem é a sua potencial flexibilidade e a sua capacidade de adaptação às necessidades de mudança.



## CAPÍTULO IV



## 4.1. RESUMO DOS 3 ARTIGOS

### NECESSIDADES DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM ÀS FAMÍLIAS DE CRIANÇAS COM DOENÇAS CRÓNICAS

Este documento pretende dar a conhecer aos enfermeiros as melhorias que devem efetuar em relação aos cuidados a ter com as famílias de crianças com doença crónica.

A família tem um papel essencial na vida destas crianças porque os pais são um modelo de comportamento a seguir. Após um diagnóstico de doença crónica os pais/família ou cuidadores têm de se adaptar à doença e aos cuidados necessários exigidos, com este e com vários outros estudos verificou-se um desgaste físico e emocional por parte dos cuidadores devido a uma superproteção à criança doente e a uma menor atenção aos restantes elementos da família.

Com isto, podemos concluir que se afigura necessário dar atenção não só à criança doente, mas também aos restantes elementos da família, às pessoas que, acima de tudo, cuidam da criança, uma vez que estas constituem parte essencial para o desenvolvimento da mesma.



---

## IMPACTO DA VISITA DOMICILIÁRIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO/LACTENTE/FAMÍLIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA.

Os resultados permitiram concluir que a visita domiciliária (VD) realizada por enfermeiros ao recém-nascido/lactente/família, tem impacto positivo na saúde e bem-estar das crianças e famílias, apesar dos resultados da família, terem tido menos destaque, por existir poucos estudos que os avaliassem, visto que a maioria dos ensaios controlados randomizados os avalia separadamente. Uma vez que também se pretendia resultados significativos da criança, esses estudos não foram incluídos na revisão.

Podemos ainda concluir que a realização da VD por enfermeiros, ao RN/lactente/família, tem maior impacto, se for realizado em populações económica e socialmente desfavorecidas e em adolescentes, e regularmente realizadas, começando na gravidez e abrangendo o primeiro e segundo ano de vida da criança. Os resultados positivos foram também verificados no RN pré-termo e mesmo quando foram oferecidos universalmente. Apesar disso, as VD que são realizadas de acordo com um programa bem definido e estruturado, como é o caso do NFP (Nurse-Family Partnership), também parecem ter grande impacto na saúde e bem-estar da criança.

Concluimos inclusive que o impacto da realização de VD por enfermeiros, na saúde e bem-estar das crianças, vai perdendo destaque ao longo do tempo, mas nas famílias,

principalmente nas desfavorecidas, mantêm-se. Como ainda se efetuam poucos estudos, em idades mais avançadas, é pertinente a realização de mais estudos.

Outras das conclusões desta revisão é que a VD de Enfermagem ao RN/lactente e família, foi realizada na maioria dos estudos por Enfermeiros de Família, com formação específica para realizar VD e por Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica, mas não apurou a diferença da atuação entre ambos, havendo que ser realizados estudos neste sentido. Os resultados desta revisão confirmam os resultados apresentados por outras revisões sistemáticas, que seguiram a mesma diretriz, realizadas com base em literatura mais antiga.

Uma das limitações desta revisão foi a grande heterogeneidade de intervenções e de resultados avaliados, apesar disso e uma vez que todos os estudos demonstraram que a realização de Visita Domiciliária por Enfermeiros, tem impacto positivo nos resultados de saúde infantil ou bem-estar, abrangendo a diminuição de recorrência aos serviços de emergência, comportamento e desenvolvimento infantil, prevenção do abuso e maus tratos infantis, aproveitamento escolar e nos resultados de saúde materna e Parentalidade, pode-se concluir que a Visita Domiciliária de Enfermagem ao RN/lactente/família, tem evidência baseada na prática de impacto positivo na saúde e bem-estar das crianças e das famílias e por essa razão a universalização da mesma em Portugal é extremamente recomendada.



## EDUCAÇÃO SEXUAL NA ESCOLA: CONTEXTOS PARA A MUDANÇA

A educação sexual é considerada uma matéria complexa, a qual os professores consideram ser da mais extrema importância e que a mesma deve ter um programa para cada área curricular, planeada em cada Conselho de Turma.

Sendo a educação sexual na escola prioritária, é necessário que os envolvidos, unam esforços no sentido de ajudarem na educação dos jovens em relação a esta matéria. É importante ter como base que, ensinar a educação sexual é muito mais abrangente do que transmitir informação relacionada com o sexo, pois, passa por refletir sobre emoções, sentimentos e atitudes, treinar competências de vida e fornecer informação científica sobre fisiologia humana.

Neste sentido é essencial que as intervenções de educação sexual e para a saúde sejam baseadas no desenvolvimento dos jovens, desenvolvidas para o contexto a que se destinam, alicerçadas na evidência científica, e realizadas por profissionais com conhecimentos na área em questão.



## TRADUÇÃO DOS ARTIGOS

### 4.2. 1º ARTIGO

#### NURSING CARE NEEDS FOR THE FAMILY OF THE CHILD WITH CHRONIC ILLNESS

##### INTRODUCTION

Scientific and technological advances have positively influenced the diminish in infant mortality rates. That led to a consequent increase of these children's lifespan. Thus, it's important that the professional nursing practice focused in the interpersonal relationship of a nurse with a person or of a nurse with a group of people take into consideration the main needs of both the child and the caregivers. The nursing care provided by Specialist Nurses in the areas of Child and Youth Nursing are focused in the family, and they foster partnership in the care. A model of paediatric nursing care that recognizes parents as active partners and values their skills as caregivers for their children.

According to the model referred this is seen as a constant in a child's life, thus providing care for the intervening parties. As such, providing care to maximize the health potential should begin in the early stages of the child's life. For, it is in the family that



the interactions are established, and relationships are an essential element in the environment of the child's development.

Chronic diseases are increasing world level at an exponential rate, without a differentiation of places or social groups. It is expected that until 2020 the chronic diseases account for 78% of diseases in developing countries. The declared not-mandatory diseases such as cardiovascular diseases, diabetes, obesity, cancer and respiratory illnesses represents 59% of the total of 57 million deaths per year. 46% of the total of diseases represents a significant impact on health issues.

The increased prevalence of chronic disease as well as the implicit needs for care and impact in the family emerges as a challenging opportunity for the nurses' intervention. Care is sustained or prolonged over time due to the chronic disease condition, which can be specified as a long-term disease that involves healthcare and specific treatments.

According to Fonseca and Canavarro the congenital anomaly is described as “as reações parentais iniciais são semelhantes à resposta de luto (choque, tristeza, ansiedade, culpa e raiva), que evoluem num processo gradual de adaptação, geralmente conducente à restituição do equilíbrio emocional.” The same authors mention that “perante o confronto com o diagnóstico [...] o nascimento de um bebé [...] passa a ter uma tonalidade emocional predominantemente negativa”. For the parents of these children the



diagnosis constitutes a loss of their healthy and perfect baby, of the expectations as parents, “esta vivência ultrapassa a intimidade familiar e passa a ser amplamente partilhada para com os profissionais de saúde.”

Confrontation with the diagnosis implies the resetting of family roles, with different implications, emotional, social, and personal, financial and functional. Feelings of anxiety, stress, revolt and depression are experienced, according to personal standards that cannot be generalized. Due to the very characteristics of the disease, such as hospitalizations or therapies of different nature, the family is faced with additional tasks, responsibilities and concerns regarding monetary issues and health care. Other problems are related with an uncertain future, emotional mourning, stigmatisation and prejudice perpetrated by society. All these factors can lead to social isolation, for instance.

Nursing interventions must begin by signalling and promoting support for children with chronic disease, as well as their families. Thus, contributing to an articulation with different intervening parties to support these children. In the sphere of specialized care in Child Health, nurses can intervene with the intent of promoting a progressive adaptation both of the child and its family in order to cope with the chronic disease. Therefore, the mentioned intervention, can aspire to minimize the impact of stress factors related with hospitalization and with the chronic disease in itself. It is also within the

specialist nurse's scope of action to refer children with chronic diseases to Healthcare Institutions or other specialized facilities.

To be able to care in a holistically manner, it is important to know the needs of the nurse care services. Literature review, as a method, will allow the identification and categorization of the needs that parents and caregivers have.

## METHODOLOGIES

Literature review is an extensive revision method, which includes revising both theoretical and empirical literature. Different methodological approaches are also an important issue to address. The aim is to synthesize obtained results on a theme.

The research was carried out on EBSCO, by selecting available data bases: CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection; Comprehensive; Database of Abstracts of Reviews of Effects; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina; Health Technology Assessments; NHS Economic Evaluation Database.

The selection of articles was carried out on January 5, 2017 with the DeCS descriptors in English: *needs*, *parents*, *paediatrics* and *nursing* combined with the Boolean opera-

tor AND and delimited by integral text, without restriction of research field, date of publication, language or age group.

The following inclusion criteria were established: primary studies on the needs of the family/parents/caregivers of children with chronic diseases and nursing care.

Exclusion criteria were also established: review articles and articles on project implementation (excluded because they focused on the methodology of the project and not on the needs of nursing care).

From the research carried out in the mentioned databases, with the selected descriptors and considering search limitations, an initial sample of 34 articles was obtained. 17 articles were selected after a first reading. 3 articles were eliminated based on duplication. 14 articles constituted the final selection. Exclusion criteria were applied and from those 14 only 8 were selected for full reading.

It is important to point out that ethic and deontological precepts, inherent to any academic work, were followed. The principle of academic integrity was respect.

## RESULTS

The obtained results derived from an interpretation of the selected articles researched in the databases. The results were extracted based on the care needs shown by par-

ents/caregivers/family of children with chronic diseases. The following figure exhibits the flowchart according to PRISMA recommendations.

Identification	Records identified by the research in databases (n=34)	
Selection	Records after eliminating duplicates (n=31)	
Eligibility	Selected records (n=11)	Excluded records (n=6)
	Selected full text articles (n=8)	
Inclusion	Studies included in the qualitative synthesis (n=6)	Studies included in the quantitative synthesis (n=2)

Figure 1 – Flowchart of the strategy of results



After an exhaustive reading, the main elements of each article were systematized in table 1.

Table 1 – Data collection of selected articles

<b>Author and year</b>	<b>Methodology and Sample</b>	<b>Identified needs</b>	<b>Level of evidence</b>
Juliet S. Tan, M.D., B.A.; Sharron L. Docherty, Ph.D., CPNP; Raymond Barfield, M.D., Ph.D., and Debra H. Brendon, Ph.D., R.N., CCNS, FAAN. 2012	Descriptive and longitudinal qualitative method. n=72 interviews to parents	Expectations Continuity of health care Memory construction Support network Altruism	VI
Mark Whiting. 2013	Qualitative Method - data collection from	Time Dysfunctional family	VI



---

	interviews to 30 children from 33 families. 26 only with mothers, 1 just with the father, 6 with both and 1 including the stepfather.	Multiple rules	
Ying Zhang, MinWei, Yaqing Zhang, and Nanping Shen. 2013	Quantitative method - data collection from questionnaires (analysis supported by SPSS and Cluster analysis) n = 388 intentional non-probabilistic sample sample 387 caregivers	Material supply Emotional support to all family members	VI
Kimberly A. Allen.	Qualitative descriptive method. Literature re-	Information	V



---

2014	view.  n = 31 articles	Disease severity  No treatment options  Child interests  Religiosity and Spirituality  Support  Emotional Support	
N. A. Murphy; B. Christian; D. A. Caplin; P. C. Young. 2006	Qualitative method – filling in of a questionnaire. Next, there was a method collection data through a focus group (audio records of the discussion groups interactions)  Data content analysis technique	Stress  Continuity of future care  Negative impact on caregivers' health	VI



---

	n= 40 caregivers		
Mark Whiting. 2013	Qualitative method – interview technic (semi-structured interviews – individual conversations based on a schedule).  34 children from 33 families. 26 only with the mothers, 1 just with the father, 6 with both and one including the stepfather.	Early diagnosis of the disease  Personal factors  Cultural factors  Personality factors	VI
Gail M. Kieckhefer; Cristine M. Trahms; Shervin S. Churchill; Jessica N. Simpson. 2009	Cross-sectional descriptive study (questionnaires with descriptive, correlational and inferential statistical analysis).	Deal with the disease/situations of exacerbation  Strategies to improve self-efficacy  Coping teaching	VI



	n = 129 parents	strategies to deal with the chronic disease	
--	-----------------	---------------------------------------------	--

Of the selected articles, 6 use qualitative methodology and only 2 use quantitative methodology. Consequently, the samples are of small size, varying between 31 and 72 in the qualitative methodology and 129 and 387 in the quantitative methodology.

The level of evidence of the articles is also reduced with 7 articles with level VI of evidence, that is, evidences derived from a single descriptive or qualitative study and only 1 article has the level V of evidence. This leads to a conclusion that the topic needs further study and depth.

The studies were analysed to identify elements that influence parents' needs. The needs to be found in these articles support a categorization in 3 distinct areas, technical support and emotional and continuous support (Figure 2).



Figure 2 – Parent's main needs.





## DISCUSSION

When analysing the obtained results, it is possible to conclude that the healthcare needs to be mentioned by the parents are of diverse nature. They are worried about the continuity of care and future perspectives related to the child's health.

The child support must include technical issues and the supply of materials, but also strategies that diminish the impact both at the physical and emotional level. The circumstances do not only affect the child but all the family, having an impact on the family's quality of life.

It is in the first years of life that the child develops family bonds, requiring constant care. This will only be possible if there is a calm, comfortable and affectionate environment attending for the best interest of the child. Most authors recognize that parents have a privileged role in the development of attitudes and beliefs regarding health issues.

Parents/caregivers/family with a chronic disease diagnosis engage in a risky process, that is, they are more vulnerable due to the disease's circumstances. The disease takes away the parents'/carers'/families' strength. The disease involves an alteration of the family's routine and context. It can, as referred in the study, affect the mental and physical health of caregivers. It is important the existence of a support network, both on the psychological and emotional level, to help the carers overcoming existing barriers.

ers. One of the referred aspects is the support of third parties, in other words, the comfort of social media and their stories impact. The support of friends and institutions is significant for the families to successfully face the alterations that the disease brings to their lives. Altruism, that is, the solidarity or the satisfaction from similar situations is also referred as a need of caregiver parents.

In an initial phase when the diagnosis is still in progress, it is very important to act sensibly when approaching caregivers. This is one aspect mentioned in the studies: non-existence of sensibility in the first approach to the disease. An early diagnosis is one factor that helps the adjustment and balance at the family level. The strategies adopted by the family, for example “coping strategy”, are also important. Parents may face or confront problems. Parents develop skills to control stress factors that result from the different moments of the disease. This is an essential issue emphasized by parents.

An aspect identified by all studies is that the frequent hospitalizations of the child are a stress factor. Parents are confronted with other situations, such as caring for their siblings, managing the family life and ensuring school activities. Parents describe the need to stand for the child in all aspects of daily life. Feelings of anguish, sadness, anxiety and fear of death explain the vulnerability that families experience. Sometimes families show deep exhaustion, lack of physical, mental, spiritual, religious and social strength to proceed. The expectations of a better life for the child and the possibility of having



more time of coexistence also emerge as needs. The fear of not having enough time to be with the sick child leads caregivers to physical and emotional exhaustion.

## CONCLUSIONS

The present literature review intends to enable nurses, as health professionals, to acquire and update their knowledge of children needs with chronic diseases and their families' needs, based on scientific evidence.

Family has an essential role in the lives of these children because they see parents as behavioural models. After a chronic disease diagnosis, the parents/caregivers/family must readjust themselves to the disease and the care it requires. As a result, caregivers tend to suffer from physical and emotional stress, due to overprotecting the sick child, but also to the minimal attention given to the rest of the family.

In nursing practice, it is not rare to find negative emotions related to the suffering child. Yet, these feelings should be used to consciously improve the quality of the care provided. The work should be centred in the child and in the family, developing different levels of supervision.



## BIBLIOGRAPHY

1. Ordem dos Enfermeiros (PT). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa (PT): OE; (2011).
2. Ordem dos Enfermeiros (PT). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa (PT): OE; 2010.
3. Hockenberry MJ. Wilson D. Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente. 2.ª ed. Loures (PT): Lusociência; 2006.
4. Gonçalves M. Simões C. Práticas de intervenção precoce na infância: as necessidades das famílias de crianças com necessidades educativas especiais. Professores de Educação Especial. Gestão e Desenvolvimento. 2009; (17-18): 157-174.
5. Organização Mundial de Saúde [CH]. Cuidados Inovadores para condições crónicas. Relatório Mundial. Genève (CH): OMS: 2002.
6. Organização Mundial de Saúde [US]. Prevenção de doenças crónicas: Um investimento vital. Washington [US]: OMS, Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
7. Ramos M, Paulo V. A implicações da Doença Crónica na Família. Revista Almada Forma. 2015 Jun 8: p. 45-9.



8. Santos S. A família da criança com doença crónica: Abordagem de algumas características. *Análise Psicológica*. 1998; 1(XVI): 65-75.
9. Barros L. *Psicologia Pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista*. 2.ª ed. Lisboa [PT]: Climepsi Editores: 2003.
10. Hockenberry MJ, Wilson D. Wong: *Enfermagem da Criança e do Adolescente*. 9.ª ed. Loures [PT]: Lusociência; 2014.
11. Direção-Geral da Saúde [PT]. *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa [PT]: Ministério da Saúde; 2013.
12. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence: based practice. In: Melnyk BM, Fineout – Overholt E. *Evidence – Based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincot Wilkins; 2005, p. 3-24.
13. Nunes L. *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Setúbal [PT]: Departamento de Enfermagem ESS/IPS: 2013.
14. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*. 2009; 6(7 e1000097). <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pmed.1000097>.
15. Whiting M. Children with disability and complex health needs: the impact on family life. *Nursing Children & Young People*. 2014; 26(3): 26-30.



16. Kierckhefer GM, Trahms CM, Churchill SS, Simpson JN. Measuring Parent-Child Shared Management of Chronic Illness. *Pediatric Nursing*. 2009; 35(2), 101-127.
17. Allen KA. Parental decision-making for medically complex infants and children: An integrated literature review. *International Journal of Nursing Studies*. 2014 5(9): 1289-1304. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.02.003>.
18. Whiting M. Support requirements of parents caring for a child with disability and complex health needs. *Nursing Children & Young People*. 2014; 26(4): 24-27.
19. Oliveira BR, Collet N. Criança hospitalizada: Percepção das mães sobre o vínculo afetivo criança-família. *Revista Latino-Americana de enfermagem*. 1999; 7(5): 95-102.
20. Zhang Y, Wei M, Zhang Y, Shen N. Chinese family management of chronic childhood conditions: A cluster analysis. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. 2014; 19(1): 39-53. DOI: 10.1111/jspn.12046.
21. Whiting M. What it means to be a parent of a child with a disability or complex health need. *Nursing Children & Young People*. 2014; 26(5): 26-29.
22. Murphy NA, Christian B, Caplin DA, Young PC. The health of caregivers for children with disabilities: caregiver perspectives. *Child: Care, Health & Development*. 2007; 33(2): 180-187. DOI: 10.1111/j.1365-2214.2006.00644.x.



23. Contim D, Chaud MN, Fonseca AS. As questões familiares e a criança e o adolescente com doença crónica: um estudo de revisão bibliográfica. *Nursing* (São Paulo, Brasil). 2005; 8(85): 267- 271.
24. Smith PE. *Emotional labour of nursing revisited: Can nurses still care?* 2.<sup>a</sup> ed. Hampshire (UK): Palgrave Macmillan: 2012.



## 4.3. 2º ARTIGO

### IMPACT OF THE NURSING HOME VISIT TO THE NEW-BORN/INFANT/FAMILY: A SYSTEMATIC REVIEW OF LITERATURE

#### INTRODUCTION

The early childhood development is the essential foundation for success in many areas of life, such as physical well-being, literacy skills, criminality and social and economic involvement throughout life. What happens to the child in his/hers first years is crucial to the development and to the child's life cycle.

The children's and health development outcomes depend primarily on the ability of families to provide a safe environment for their infants and young children. Unfortunately, many families have insufficient knowledge about parenting skills and an inadequate support system of friends, extended family or professionals to help or advise them to take care of their children. The postpartum period is a period of meaningful physiological and psychological stress, due to the imposition of new learning, consolidation of family identity and establishment of new affective bonds.

The home visit (HV) to families is an early intervention strategy in many industrialized nations and it's free or charge, voluntary and integrated in the comprehensive mater-

nal and child health system. It is deeply rooted in history, with references to Elizabethan times in England and adopted as a Florence Nightingale strategy in the nineteenth century. In the last quarter of the 20<sup>th</sup> century, it was increasingly used as a strategy to prevent child abuse and neglect, parental efficiency and reduction of health disparities.

A HV can provide a variety of support for families to achieve results, such as, establishing strong relationships between parents and their children, safer and more stimulating home environments for children and, consequently, child well-being and educational achievement. Home visiting services can also promote parents' knowledge of the child's development, the parents' well-being and family self-reliance. Home intervention offers more opportunities to promote family involvement, personalised service, individual attention and relationship building.

Involving families in HV programs during the prenatal or early infancy, most of them being involved until the end of the infant age, means that the children's long-term development will improve. These will promote parental skills, social support, problem management and access to community and health services.

International guidelines reinforce the need for postpartum care and follow-up. The HV of the newborn and his family is defended by the World Health Organization (WHO) and by UNICEF in the joint statement, stating that the mother and the newborn (NB) need attention in the period immediately after birth and state also that studies show

that home-based care interventions can avoid between 30 and 60 percent of neonatal deaths in environments where mortality is high.

The term HV is used differently in a variety of contexts. It may refer to an evidence-based strategy in which a professional or paraprofessional (layman trained but not licensed) provides a service in a community or private home. HV also refers to the variety of programs that use domestic visitors (community members) as way to make the service comprehensive.

According to Martin “O enfermeiro é um profissional de saúde com melhores condições para desenvolver o seu trabalho no contacto direto com a comunidade, para valorizar o ambiente familiar, o relacionamento entre pais e recém-nascidos desde o primeiro momento (...) o enfermeiro sabe avaliar e como atuar sobre fatores ambientais nocivos ou benéficos, que rodeiam a criança e como reduzi-los, no primeiro caso, ou reforçá-los, no segundo.”

The HV is a strategy that allows the approach to the home of the patient and his family allowing health professionals, in this case nurses, to know their physical and psychosocial environment. When transition situations occur in people’s life, “os enfermeiros são os cuidadores principais do cliente/família e estão atentos às mudanças e ao impacto nas suas vidas, ajudando-os no processo de transição através da aprendizagem e aquisição de competências”.

According to the Order of Nurses' statutes, the award of the professional title of nurse recognises scientific, technical and human competence for the provision of general nursing care to the individual, the family and the community, at different levels of prevention, included the HV. It recognises to the specialist nurse scientific, technical and human competence to provide, in addition to general care, nursing care specialized in the clinical area of its speciality. Each specialist nurse has different goals, regarding the accomplishment of HV to the puerperium and newborn. This is, considering specific competences of Nurses specializing in maternal and obstetric health nursing and child and paediatric health, the home visit to the puerperium and to the NB can be different according to the nurse's sphere of action within the scope of family health.

The HV efficacy performed by nurses to improve maternal and child health and well-being outcomes has been previously reported in international studies and systematic reviews. However, despite this evidence, in the most recent findings most of the systematic reviews found a generalised intervention (nurses, paraprofessionals and domestic visitors) and the benefits of it.

We verified with the research carried out, that in Portugal there is not a great investment in the implementation of this practice of care. In analysing this evidence, we propose to carry out this systematic review that aims to identify existing literature that demonstrates the impact of the home visit to the newborn/infant and family, when performed by nurses, on the health and well-being of the child and family.

## METHODOLOGY

To identify and systematize the best evidences on the subject, we use the principles of a Systematic Review of Literature for descriptive analysis. The systematic reviews aim to analyse the feasibility, adequacy, meaning and efficiency of health care interventions. This review followed the outlined methodology in the Joanna Briggs Institute Reviewers' Handbook.

Considering the defined objective, the PICOS strategy was used to elaborate the starting point and to define the inclusion and exclusion criteria in the selection of articles. It was defined as P – Newborn/infant and family, I – Nursing home visit, C – Absence of home visit, home visit by other technicians or different methodologies for a nursing home visit, O – Impact on the health and well-being of child and family, S – Clinical Trials with randomized control, establishing itself as a starting question: What is the impact of home visit to the newborn/infant and family on the health or well-being of the child and family?

A research strategy was used to identify the articles in three steps. A search was performed initially on the online basis platform, EBSCO and Pubmed, during December 2017. Starting with the descriptor MeSH Browser, we organized keywords adding the Boolean operators AND and OR, being: Home Visit AND Nurse AND Newborn, and Home Visit AND Nurse OR Home Nursing OR Home Visitation AND Newborn OR Infant

AND Family, and Home Visit AND Nurse AND Newborn OR Infant AND Impact AND Child well-being OR Child health OR Parenting, and Home Nursing AND Impact AND Child well-being and Home Nursing AND Impact AND Child health and Home Nursing AND Impact AND Parenting. Subsequently, the bibliographical references of all identified articles were analysed to identify additional studies. Finally, a new database search was carried out with the keywords Nurse AND Family AND Partnership. Written studies in English and for freely available in PDF (free full text) were included in this literature review. The research strategy covered a period between January 2010 and December 2017.

The criteria for inclusion were defined as articles in which the type of participants were children and families who were visited by nursing home visit when they were newborn/infants, where the type of intervention/phenomenon of interest is the home visit of nursing, the type of outcome is the impact on the health or well-being of the child and family, and that the type of study is a clinical randomized controlled trial. Exclusion criteria were considered articles in which Outcomes focused only on a specific area of health and well-being of the child and family.

The quality of the studies was analysed by two reviewers, according to the MASTARI scale critical appraisal tools Randomized Control/Pseudo-randomized Trial of Joanna Briggs Institute Reviewers' Handbook.



## RESULTS

According to the strategy defined, the research carried out in the databases resulted in 126 potentially relevant articles in EBSCO and 58 in PUBMED. 12 were excluded because they were duplicates. The titles were read, and the inclusion criteria defined. The results were obtained after this selection: 24 articles in EBSCO and 31 in PUBMED. Subsequently, the abstracts were read, with 33 articles being analysed in their entirety, the rest being excluded because they were systematic reviews and not included in the inclusion criteria. Eight studies identified in bibliographic references of these works were also analysed in their entirety. After this analysis and in accordance with the inclusion and exclusion criteria initially defined, 9 studies were selected from the databases and 2 from bibliographic references of the articles analysed, which are part of this review.

The data extraction and synthesis process was performed using a table that facilitated the analysis of the studies, which include the following aspects: study identification, country and date, study objective, study design, number and type of participants, results and main conclusions.

The studies analysed were developed in different countries and are distributed as follows: United States of América (USA) (7 studies), Australia, Iran, Netherlands and United Kingdom (1 study each).

Regarding the methodological approach of the studies analysed, of the total of the eleven studies found all present quantitative methodology and are randomized controlled studies, seven Experimental and four follow-ups.

The sample of the studies consists of child/youngsters and families who were visited by nursing home visits when they were newborns/infants. We found studies that evaluate the impact of HV to the NB/Infant/Family, in the short (two) and long term (nine). From the studies found, nine evaluate the impact of HV performed by nurses on the well-being of child and family (six) and only the well-being of children (five).

In order to better understand and visualize the obtained results, three tables were prepared, which present the characteristics of the selected studies according to author and year of achievement, country of origin, sample, design and purpose of the study, type of intervention and results. These were grouped according to the type of intervention, namely, HV performed by nurses and by other professionals (table 1), HV performed by nurses according with the program Nurse-Family Partnership (table 2) and HV held by Nurses (table 3).



**Table 1 – Methodological characteristics of the selected studies and main results  
(HV carried out by nurses and other professionals)**

Author/Year	Country	Sample	Study design	Purpose of the Study	Type of intervention
Meghea C, Zhu B, Raffo J, women and NB, <i>et al.</i> Infant health effects of a nurse community health worker visitation programme: a randomized controlled trial. (2012)	USA	613 pregnant women and NB, underprivileged and young, 307 intervention group and 306 control group.	-Quantitative Study -Almost Experimental -Randomized controlled trial -Evaluation at 12 months with interviews and questionnaires and consultation of children's health records.	To test whether children to whom HV was performed by a team of nurses and community health workers had better health outcomes in the first 12 months of life than children in the HV group held only by nurses.	Women in the control group received an average of 8 HV of nursing, (five postnatal), while the intervention group received an average of 24 HV of nursing and community workers (13 postnatal) during the intervention.
Results	Intervention with community health workers did not improve overall child health from the mother's perspective and did not offer additional advantages in improving specific health outcomes for children, including childhood illness and immunizations, and reduced hospitalization and visits to emergency services. It also had no stronger effects on the health of children born to mothers with low psychosocial resources and stressful situations.				
Olds D, Holmberg J, Donelan-McCall N, <i>et al.</i> Effects of Home Visits by Paraprofessionals and by Nurses on Children: Age-Six and Nine Follow-	USA	735 pregnant women and NB, low economic resources, 255 in group 1, 245 in group 2 and 235 in group 3.	-Quantitative study -Follow-up -Randomized controlled trial -Evaluation at 6 and 9 years with interviews, observations and	To examine the impact of prenatal and child / child home visits performed by paraprofessionals and nurses according to the program Nurse-	Group 1 received free child development screening and referral up to 24 months of age. The women in group 2 and 3 received the care offered to group 1 and HV performed by



Up of a Randomized Trial. (2014)			behavioural psychological tests and questionnaires of mothers and teachers.	Family Partnership (NFP) on child development in children aged 6 and 9 years.	paraprofessional (group 2) and nurses (group 3) during pregnancy and the first 2 years of the child's life.
<p><b>Results</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- In the intervention performed by paraprofessionals there were no significant statistical effects on the emotional / behavioral problems, but the children born of mothers with few psychological resources, however, presented less errors in the visual attention / change of tasks at the age of 9 years.</li> <li>- Children visited by nurses had fewer total emotional / behavioral problems at age 6, psychiatric disorders and attention deficits at age 9 years. Children born to low-resource mothers had a better average language index at 2, 4 and 6 years and sustained attention at 4, 6 and 9 years. There were no significant effects on the problems of aggressive behavior, intellectual functioning and academic performance.</li> </ul>					

**Table 2 – Methodological characteristics of the selected studies and main results (DV performed by nurses according to the program Nurse-Family Partnership)**

Author/Year	Country	Sample	Study design	Purpose of the study	Type of intervention
Kitzman H, Olds D, Cole R, <i>et al.</i> Enduring Effects of Prenatal	USA	Firstborn children aged 12 years (N = 613) children of mostly economically underpriv-	-Quantitative Study -Randomized controlled trial -Follow-up	To test the effect of pre-natal and infant HV, performed by nurses, on substance	The women in the intervention group received the same services as those in the control group, in



<p>and Infancy Home Visit by Nurses on Children. (2010)</p>		<p>illeged African American women (N = 743 randomized during pregnancy).</p>	<p>-Evaluation at 12 years of age with interviews to the mothers and children, application of evaluation scales and assess behaviour. Consultation of child's health records.</p>	<p>use, behavioral adjustment and academic achievement in 12 years children.</p>	<p>addition to the pre-natal (7) and post-natal (26) HV until the child's second birthday. The women in the control group received the usual care with pregnancy and neonatal health surveillance.</p>
<p><b>Results</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>- The children visited by nurses, used less tobacco, alcohol or drugs, or when they used it they did it in smaller quantity and on less days, reported fewer psychological / psychiatric disorders, had better results on reading and mathematics tests on the age of 12 years old. There were no statistically significant effects of the program on children's ability to concentrate, behavioral problems and school achievement.</li> <li>- Placement of the child in special education and school retention was less significant in the control group, but in the sample the mothers presented more economic and social resources than those in the intervention group.</li> </ul>					
<p>Eckenrode J, Campa M, Luckey D, <i>et al.</i> Long-term Effects of Prenatal and Infancy Nurse Home Visitation on the Life Course of Youths. (2010)</p>	<p>USA</p>	<p>Three hundred and ten (78%) youngsters aged 19 out of the 400 families enrolled in the NFP program. The selected mothers were primiparous and young (19 years old), single or of low socioeconom-</p>	<p>-Quantitative study -Randomized controlled trial -Follow-up -Evaluation at the 19 years with interviews to the young people.</p>	<p>Examine the effect of HV prenatal nursing and child on the development of the course of life of 19 years adolescents.</p>	<p>Families of the control group received prenatal health care in consultation up to two years of life. The development was evaluated and referred for any treatment when any change was detected. Families in the intervention group received the same</p>



		ic level.			services as the control group, but also received a nurse who visited them at home during pregnancy (9) and postpartum until the child's second birthday (24).
<p>Results - Girls in the intervention group were less often jailed and sentenced and had fewer sentences and convictions. Children born to single mothers and low-income mothers had fewer children and used less Medicaid than their comparison group. For boys, the probability of a prison arrest increased substantially for intervention and control groups after 12 years old. Although the standard of outcomes is consistent with the effects of intervention in detentions and convictions found at age 15, no significant sex differences were found in these results. No effects were found on other young people's lives, such as lifestyles and academic achievement.</p>					
Mejdoubi J, Heijkant S, Leerdam F, <i>et al.</i> The Effect of VoorZorg, the Dutch Nurse-Family Partnership, Child Maltreatment and Development: A Randomized Controlled Trial. (2015)	Netherlands	223 women and children, underprivileged, primiparous and with less than 26 years old as the control group and 237 as intervention group with the same characteristics.	-Quantitative study -Almost Experimental -Randomized controlled trial -Review at 18 and 24 months with inquiries of the cases records of ill-treatment, interviews to parents and application of evaluation scales.	Describe the efficiency of VoorZorg, that is the Dutch adaptation of NFP.	The women of the control group received the usual care, that is to say, paediatric child health surveillance and two HV by a nurse specialist in paediatrics, in the first and second weeks postpartum. Women in the intervention group received usual care and 10 HV during pregnancy, and 40 in the first and second years of the child's life by trained and experience nurses.



<p>Results</p>	<p>Three years after birth, 19% of children in the control group reported on a Child Abuse Care Center, 11% of the children in the intervention group were significantly smaller. From 6 to 18 months, total home environment assessment scores increased in both groups. At 24 months, the intervention group achieved significantly better results in assessing the home environment. At 24 months after birth, children in the intervention group had a significant improvement in psychiatric disorders, but no evidence of difference in the control group in aggressive behaviors.</p>				
<p>Robling, M. Bekkers MJ, Bell K, <i>et al.</i> Effectiveness of a nurse-led intensive home-visitation programme for first-time teenage mothers (Building Blocks): a pragmatic randomized controlled trial. (2015)</p>	<p>United Kingdom</p>	<p>Nulliparous and children with age equal or lower than 19 years, 823 women were randomly designated to receive NFP and 822 to receive ordinary care.</p>	<p>-Quantitative study -Almost Experimental -Randomized controlled trial -Evaluation at 12, 18 and 24 months with consultation of maternal and child health records and interviews with the mothers.</p>	<p>Establish the effectiveness of the NFP implemented and included in the national service of national health care, funded by public funds.</p>	<p>The NFP involves up to 64 structured home visits performed by specially recruited family nurses from early pregnancy until the children are 2 years old. All participants (both groups) received usual health care. This included being offered universally, HV until the child's second birthday, delivered by family nurses (usual care group) and maternal care clinical need.</p>
<p>Results</p>	<p>304 (56%) of 547 women attributed to NFP and 306 (56%) of 545 assigned to usual care smoked late in pregnancy. The mean weight of 742 infants with mothers attributed to NFP was 3217 g, and of the 768 babies attributed to usual care was 3197 g. 587 (81%) of 725 children evaluated with mothers assigned to the PNF and 577 (77%) of 753 children evaluated assigned to usual care attended at an emergency service or were admitted to hospital at least once before the</p>				



second birthday. 426 % of 643 women attributed to NFP and 427 (66%) 646 assigned to usual care had a second pregnancy in 2 years. At least one serious adverse event (mainly clinical events associated with pregnancy and infant period) was reported for 310 (38%) in the usual care group and 357 (44%) in the PNF group, none of which were related to intervention.

**Table 3 – Characteristics of selected studies and main results  
(HV carried out by Nurses)**

Author/Year	Country	Sample	Study Design	Purpose of the study	Type of Intervention
Edraki M. Moravej H, Rambod, M. Effect of Home Visit Training Program on Growth and Development of Preterm Infants: A Double Blind Randomized Controlled Trial (2014)	Iran	Preterm newborns 30 intervention group and 30 control group.	-Quantitative study -Experimental - Randomized controlled trial -Six-month assessment with physical evaluations and application of development evaluation scale.	To investigate the effect of the HV program on the growth and development of preterm infants up to 6 months.	The HV intervention was provided by a specialist paediatric nurse. The first HV was performed the first day after discharge, the second session the day after the first session, and the third session was performed 1 week after the first visit. In addition, four visits were also provided in the first, second, third and sixth month after birth. In the control group, the information was provided, but no HV program was performed.



Results	<p>-The children in the intervention group showed a greater weight gain at six months and in the development index. The results of the study showed a significant difference in the intervention group in relation to the development of behaviors, namely to follow objects in movement with the head, to keep the head steady by moving from sitting to sitting, producing sounds and picking up objects by hand.</p> <p>-No significant difference was observed in relation to the height head, in both groups, in the several evaluations performed and in social laughter at six months.</p>				
Author/Year	Country	Sample	Study design	Purpose of the study	Type of intervention
<p>Dodge K, Goodman B, Murphy R, <i>et al.</i> Implementation and Randomized Controlled Trial Evaluation of Universal Postnatal Nurse Home Visiting. (2014)</p>	<p>USA</p>	<p>2327 (intervention group), 2450 (control group). NB and families randomly distributed according to the date of birth. A random subsample of 549 families to assess the impact after birth.</p>	<p>-Quantitative Study -Experimental - Randomized Controlled Trial -Evaluation at 6 months with consultation of hospital records, interviews with parents and application of evaluation scales and questionnaires.</p>	<p>Evaluating whether the universal postnatal nursing HV can be implemented with great adherence and fidelity, prevent recurrence of emergency services and promote positive parenting in infants up to 6 months of age.</p>	<p>Project "Durham Connects", structured with a procedure manual: 1 to 3 HV of nursing between 3 and 6 weeks of life of a baby and 1 to 2 nurse contacts with a community service provider. Concludes with a follow-up session one month later, by telephone or with HV.</p>
Results	<p>Of all families, 80% started participating: accession was 84%. The program has a positive impact in reducing the use of emergency child health care. The impact begins immediately after the intervention and more than doubles in size up to the age of 6 months. The pro-</p>				



gram was effective in improving family articulation with community resources. It also improved family well-being, specifically positive parenting behavior, quality of parent involvement, quality of out-of-home child care, family safety, and maternal mental health.

Author/Year	Country	Sample	Study design	Purpose of the study	Type of intervention
Kemp L, Harris E, McMahon. C, <i>et al.</i> Child and family outcomes of a long-term nurse home visitation programme: a randomised controlled trial (2011)	Australia	208 (11 intervention, 97 control), mothers and newborns, with risk factors living in a underprivileged socio-economic area.	-Quantitative study -Experimental -Randomized controlled trial -Evaluation at 18 and 24 months with interviews with parents and application of evaluation scales.	To investigate the long-term impact of a universal HV program by nurses on the health, development and well-being of the child, mother and family.	In the intervention group, several pre-natal and post-natal parental education nurses (paediatric specialist, 16 average) were carried out up to two years of age, structured and supported by a support program, incorporated into the universal child health system. In the control group, the usual universal care was available with a HV in the first 15 days of life.

**Results**

- Mothers who received the intervention were more emotionally and verbally receptive during the first two years of their children's lives than the mothers of the comparison group. The duration of breastfeeding was higher for mothers in the intervention group.
- There was no significant difference in the father-child interaction, in the mental, psychomotor or behavioral development of the infants, between the groups.



-Mothers evaluated in prenatal care as having psychosocial changes and migrants benefited from the intervention were more likely to report a more positive experience of being a mother than the fewer subgroups of mothers in the comparison group.

<p>Sadler L, Slade A, Close N, <i>et al.</i> Minding the Baby: Enhancing reflectiveness to improve early health and relationship outcomes in an interdisciplinary home visiting program (2013)</p>	<p>USA</p>	<p>60 families in the intervention group and 45 in the control group. They were between 14-25 years old; primiparous; no risk factor.</p>	<p>-Quantitative study -Almost Experimental -Randomized controlled trial -Evaluation at 12 and 24 months with interviews, application of assessment scale and consultation of maternal and child health records.</p>	<p>Evaluate the differences between families who received the Minding the Baby intensive home visits program and those who received usual care at a community health centre in the urban area.</p>	<p>Families in the intervention group were visited weekly in the third trimester of pregnancy and during the child's first birthday and every two weeks until the child's second birthday and continued to receive prenatal care and usual primary and paediatric care. Visits are performed alternately by a paediatric nurse or social worker. In the control group the participants received routine prenatal health consultations and baby health surveillance consultations.</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Results** Intervention families had more up-to-date immunization programs at 12 months and had lower rates of subsequent births and were less likely to be referred to child protective services. Mother-infant interactions were less disrupted at 4 months, when mothers were adolescents. Children in the intervention group were more likely to bond securely and less likely to be disorganized in relation to the one-year bond. The mothers' ability to reflect on the experience of being a mother alone, as well as the reflexive functioning, improved during the intervention



(24 months), only in mothers at greater risk.

Ordway M, Sadler L, Dixon J, <i>et al.</i> Lasting effects of an interdisciplinary home visiting program on child behavior: Preliminary follow-up results of a randomized trial. (2014)	USA	50 dyads with children ages of 3 and 5 who participated in the Minding the Baby program, selected from 132 primary study dyads.	-Quantitative study -Follow-up -Randomized controlled trial -Evaluation at 3 and 5 years with interviews, application and evaluation scales to parents and teachers.	Evaluate the effects of Minding the Baby program on child behaviour and parental reflexive functioning (RF) 1 to 3 years after the intervention.	Intervention equal to the study of Sadler L, Slade A, Close N, <i>et al.</i> (2013)
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------

Results

- The mean index of maternal depressive symptoms for both groups was below the threshold for clinically significant levels and did not differ statistically between the groups.
- The reflective functioning (Parenting) of the intervention group increased over time, while in the control group it decreased over time.
- Mothers in the control group reported higher levels of child behavior problems at all scales applied as well as on the child behavior scales filled by teachers, there was a trend indicating that they also rated the behavior of children in the control group as the most problematic.

## DISCUSSION OF RESULTS

With the analysis of the selected studies, it was noticed that there is a great investment in some countries, in the implementation of HV programs, carried out by nurses (USA, 7 studies). The methodology used in the studies, was controlled randomization,

and the interviewers and technicians who performed the statistical analysis of the data were not aware of the intervention or control condition, of the sample they analysed, which reduces the possibility of systematic errors (bias). The data were collected in most of the studies, using interviews, questionnaires, validated scales for the population and by researching the child's health records and there was a study in which the data collection was performed only by self-report, what can lead to bias.

The families that made up the samples from most studies are young, economically and socially underprivileged (E1) (E2) (E3) (E4) (E5) (E6) (E9). By focusing on the most threatened families, the HV programmes, seek to reduce health disparities and development outcomes. Studies indicate that high-risk groups are more likely to benefit from HV.

One study evaluated the impact of the HV implementation, when performed universally, using only the date of birth for randomization. However, there is controversy over the use of a universal approach, planned to work with all the families, in a given geographic area. Two other studies have investigated young families without risk factor (E10) (E11). We have verified that there is evidence of the pertinence of the use of this sample, which tell us that there are factors that can make it difficult to have a home visit, such as, limited family resources, family mental illness, families not motivated to participate in programs and families that suffer from domestic violence. Risk factors that make children vulnerable interfere with the effectiveness of programs that are

designed to help them. Finally, we have a study in which the sample are preterm NB (7). This sample is pertinent because there is evidence that low birth weight and prematurity has consequences on the child's health and development, both in the short and long term. Early interventions, particularly HV, appear to be an important strategy for improving outcomes in this population.

The samples were mostly representative, except for the studies evaluating the impact of the HV at 6 months (E7) (E8), and in the two that use young families, but without risk factor (E10) (E11).

With the analysis of the selected studies we consider that the development of programs of home visits to the newborn/families performed by nurses have a positive impact on the health and well-being of both child and family. Current literature points favourably in this regard. The American Academy of Paediatrician recently supported the home visits program in the prenatal and postnatal periods and considered this program as a method for improving the health and the development of children and families.

In the USA, a prenatal and postnatal (up to 2 years old), HV program was carried out by nurses, Nurse-Family Partnership (NFP), who intervene in young and underprivileged families, with the purpose of preventing the ill-treatment and child abuse and promote the healthy development of children. The nurse performs specific training to develop

the program and follows a rigorous procedure manual, which specifies the specific aims of each HV. This program was applied in several communities and controlled randomized studies were developed with several follow up. The studies selected in this review, are follow up at 12 (E3) and at age 19 (E4), evaluate the impact on the health program and the living conditions of young people, comparing with the absence of HV. The difference found between the samples was the race, which in the study at 12 years were black race at 19, white race. The findings point to a better standard of living for young people in which the mothers were integrated into the NFP program, especially those with lower economic resources. At 12 years old they used less tobacco, alcohol or drugs, or when they used it they did it in less quantity and in less days, reported fewer psychological/psychiatric disorders, had better results from reading achievement tests and maths. The data collected in this study are in line with the randomization at 3 and 9 years. At age 19, the focus of the evaluation was on the involvement of the young people in crime. It was concluded that the young offspring of mothers who participated in the NFP program, specially girls, were less often arrested and sentenced and had fewer lifelong arrests. For boys, the likelihood of arrest increased substantially for intervention and control groups after 12 years of age. Although the pattern of results is consistent with the effects of intervention on detentions and convictions found at age 15, no significant gender differences were found in these results. No further effects of the program were found on the remaining aspects of young people's life. The

authors conclude that the impact on the health and well-being of children diminishes over time remaining solely in behaviour. These findings should be related to the limitations recognized by the authors namely, the data were collected based on the reports of young people, who may be subject to bias. Another limitation is the lack of racial diversity in the sample, which didn't allow the examination of racial and ethnic different in the treatment effects.

Another study analysed is the follow up at the 6 and 9 years of the NFP program, which evaluates the impact in child development, comparing the intervention when it is performed by nurses and by paraprofessionals (trained but unlicensed) (E4) and the absence of HV performance. The conclusions of the study emphasize the benefit of the intervention when performed by nurses. Although paraprofessionals performed the same training as nurses, the impact of the program on infant development, when performed by nurses, was higher. The conclusions of the study also compared the intervention performed by nurses with the other studies carried out previously and concluded that in this study there was no impact on children's intellectual functioning, academic functioning and aggressive behaviours, as observed in other studies. The explanations found by the authors to justify the absence of effects of HV performed by nurses on these outcomes were: the program provided by the nurse loses its impact over time; the impact of the program is more noticeable for children born to low-income mothers and for families living in highly disadvantaged neighbourhoods (as in



the case referred studies); the benefit of the program is greater where there is more room for improvement (the children in this group had lower average mental processing scores); the impact of the program for children born to low-resource mothers decreases, as children obtain therapeutic services that meet their needs of development. The sample from this study was statistically less significant than that of the other studies (E4). This result isn't in agreement with the study analysed at the age of 12 (E3), which we verified to be the follow-up of those previously mentioned.

The NFP program has been implemented in other countries, following the same guidelines, but framed in the health services provided by each country. Two studies analyse the implementation of NFP in the Netherlands (E5) and the United Kingdom (E6). The results of the Netherlands study show that there was a favourable impact on the health and well-being of children and the families, in the evaluation of the home environment and psychiatric disorders at 24 months. The intervention was compared to the usual care of the country, which include 2 home visits performed by a specialist paediatric nurse in the postpartum period. There were also fewer referrals of child abuse. There were no evidences of the program in the evaluation of aggressive behaviour. The researchers concluded that there are benefits when a HV is carried out regularly, because it allows for more risky situations to be detected with referral.

Regarding the UK study (E6), the researchers concluded that there is no evidence of benefits of NFP implementation in the primary health outcomes of the mother and

child evaluated. However, some benefit was observed for some secondary health and well-being outcomes mother-to-child development (intention to breastfeed, child's cognitive development reported by the mother (only at 24 months), language development using a modified maternal-reported evaluation (at 12 and 18 months) and use of a standardized assessment (the baseline initial language, at 24 months), levels of social support, quality of the relation with the nurse and self-efficacy in general).

We observed that the control group received the usual health care of the country, which already includes HVs performed by community health specialist nurses, pre and postpartum up to two years age. In our opinion, this is one of the reasons that justify the results. The authors note that, unlike women in the US studies, young and underprivileged mothers in the UK can access many social and health services, including general practitioners, midwives and public health nurses. In addition, the previous studies carried out in the US involved a small number of nurses, 10, who performed the intervention. In contrast, the study in England was conducted by 131 family nurses, performing the intervention in 18 locations across England, and therefore represents a more pragmatic assessment of the NFP compared to previous trials. The researchers suggest long-term follow-up for this study, to ascertain evidence of benefit to child development outcomes that would occur after 2 years of age (E6).

The performance of HV by nurses (paediatric specialist) in the pre and postpartum up to 2 years in a structured program like the NFP, compared to the performance of a HV



of nursing (specialist in paediatrics), during the first fifteen days of life of the NB, was studied in the Australia. The results of the study revealed that the impact of the intervention was more significant in the evaluation performed in the mothers (mainly migrant and psychosocial ill mothers), who were more prepared to exercise the parenting and the duration of breastfeeding was greater. There was no significant impact on the mental, psychomotor or behavioural development of infants. These findings contradict the results of the study conducted in the Netherlands (E5), which has a similar design and demonstrated that there was a favourable impact on the health and well-being of children and families, when the HVs were performed according to NFP program. This may suggest that the program is more effective when mothers are younger (as is the case in the Netherlands study): the impact on children's health and well-being is more evident. Another study that evaluates the impact of the performance of HVs on the health of the child at 12 months, when performed by nurses, associating the intervention of communitary health workers (E1), demonstrates that there were no gains when adding the intervention of these technicians. It meets the results of Olds, *et al.*, which affirm (E2) that the impact of HV, on the child/family health, is more evident when it is performed by nurses.

Two of the studies reviewed evaluated the impact of postpartum HV on the health and well-being of the child and child/family at 6 months of age, when performed by nurses and universally, compared to the absence of HV. One of the studies carried out in Iran



on a sample of preterm NB (E7), intervention was performed by a specialist paediatric nurse, and it was demonstrated that there was a positive impact. Preterm NB present better development index and weight gain, as evidenced in the literature review by Mallik and Spiker. The other study conducted in the USA, had a sample term newborns (E8) and intervention was performed by nurses, accompanied by community providers, who have the function of articulating health care with community services. The results show that families have joined the program and that it has positive impact in reducing the use of emergency child health care. The impact begins immediately after the intervention and more than doubles up to the age of 6 months. The program also improved the family's well-being was effective in improving family articulation with community resources. We concluded that there is evidence of a positive impact of the HV performed by nurses on the health and well-being of the child/family in the short-term evaluation, but we emphasize the limitation of the results of the two studies, also reported by the authors, because the sample was limited to a specific community, which may affect the generalization of the results.

The impact of pre and postnatal HV (up to 2 years) by nurses (paediatric specialist) on the health and well-being of the child/family health was also assessed in a study conducted in the USA, including the participation of a social worker, in young families with no risk factor. The impact was evaluated at 12 months (E10) and when children were between 3 and 5 years old (E11). The results show a positive impact of intervention on

the health and well-being of the child/family, both at 12 months, and at 3 to 5 years of the child's life. At 12 months, the evaluation focused on the prevention of child abuse and maltreatment and on evaluation of bonding, parent/child interaction and parenting. The results showed fewer cases of children referred for child protection services of the HV target group, and were also found by the study by Mejdoubi, *et al.* (E5). It was also verified that in adolescent mothers, the intervention had even more impact. At 3 and 5 years of age, the evaluation focused on the maternal depressive symptoms, which did not show benefits in the parental reflexive functioning. This is positive parenting and it presented higher rates in the evaluation of the child's behaviour, which was considered by parents and teachers less problematic in the children who had belonged to the intervention group. We caution that this study had limitations, referred by the authors, which was the sample size and incomplete data on longitudinal measurements.

We verified that the intervention of the social worker focused on helping mothers in the negotiation of legal and judicial issues and that intervention of the nurse focused on strengthening parental care, health education, health support and child development and in the articulation of care with primary health care. Therefore, we can't evaluate the results between the intervention of the two health technicians, but we conclude that interdisciplinary intervention has benefits in the promotion of the health

and well-being of children/families, as evidenced by the American Academy of Paediatrics.

## CONCLUSIONS

This systematic review of literature allowed us to conclude that the approaches of the interventions used and the evaluated impact of the several studies are very varied which, in our opinion, difficult the systematization of the results.

The results showed that the HV performed by nurses to the newborn/infant/family, has a positive impact on the health and well-being of children and families. However, the specific results of the family have had less evidence, since most of the controlled randomized trials evaluate them separately. Taking into consideration the outcomes of impact on the child, these studies were not included in the review.

We can also conclude that the performance of the HV by nurses, to NB/infant/family, has a greater impact, if it is carried out in economically and socially underprivileged populations and in teenagers, and when performed with regularity, beginning during pregnancy, and evolving the first and second year of child's life. The positive results were also verified in preterm NB and even when offered universally. In addition, the HV that are performed according to a well underlined and structured program, such as

NFP, also seem to have a greater impact on the health and child's well-being. The benefit of the same by other professionals was not evidenced.

We can conclude that the impact of the performance of HV by nurses, on the health and well-being of child is losing evidence over time, but in families it is maintained, especially in the most disadvantaged families. As less studies have been carried out, at more advanced ages, the pertinence of more studies is justified.

Another of the conclusions of this review is that Nursing HV to NB/infant/family was performed in most studies by Family Nurses, with specific training to perform HV and by Specialist Nurses in Child and Paediatric Health, but we could not conclude, however, what is the difference between the two. Therefore, studies in this thematic would also be relevant. The results of this review confirm the results presented by other systematic reviews, which followed the same guideline, based on less recent literature.

One of the limitations of this review was the great heterogeneity of interventions and evaluated results, despite the fact that all studies demonstrated, in primary and secondary results, that a Nursing Home Visit has a positive impact on health outcomes of the child health, or well-being, including the decrease in the recurrence of the emergency services, child behaviour and development, abuse prevention and child maltreatment, school achievement and the results in maternal health and parenting. The Nursing Home Visit to the NB/infant/family has evidence based on the practice of hav-

ing a positive impact on the health and well-being of child and families and for this reason the dissemination of the programme in Portugal is, in our opinion, strongly recommended.

## BIBLIOGRAPHY

1. Irwin LG, Siddiqi A. Hertzman C. Early child development: A powerful equalizer final report for the world health organization's commission on the social determinants of health. 2007, Genova, [Accessed in December 21, 2017].
2. American Academy of Pediatrics. The Role of Preschool Home-Visiting Programs in Improving Children's Developmental and Health Outcomes. 2009. [Accessed in December 21, 2017].
3. Lowdermilk D. Perry S. Enfermagem na maternidade. (7.<sup>a</sup> ed). 2009. Loures: Lusodidacta.
4. Boller K. Strong DA, Daro D. Home visiting: looking back and moving forward. 2010. [Accessed in December 21, 2017].
5. Sweet MA, Appelbaum MI. Is Home Visiting an Effective Strategy? A Meta-Analytic Review of HomeVisiting Programs for Families With Young. 2004. [Accessed in December 23, 2017].



6. Filene JH, Kaminsky JW, Valle LA, *et al.* Components Associated With Home Visiting Program Outcomes: A Meta-Analysis. 2013. [Accessed in December 23, 2017]; Available in Pediatrics. 2013 Nov; 132(0 2): s100-S109. doi: 10.1542/peds.2013-1021H
7. OMS, UNICEF. Visitas domiciliarias al recién nacido: una estrategia para aumentar la supervivencia. 2009. [Accessed in December 22, 2017].
8. Duffee J. Mendelsohn AL. Kuo AA, *et al.* Early Childhood Home Visiting. 2017. [Accessed in December 22, 2017].
9. Teixeira, T. Visita Domiciliar em Saúde Infantil: Necessidade de Visitação até ao 15º dia de vida (Relatório para obtenção de Grau de Mestre). 2011. [Accessed in December 23, 2017].
10. Amaral N, Os Enfermeiros e... A Visitação Domiciliária ao Recém-Nascido. 2011. [Accessed in December 21, 2017].
11. Soares, H. O acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: intervenção de enfermagem. 2008. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
12. Ordem dos enfermeiros. Regulamento de competências dos enfermeiros de cuidados gerais. 2011. Lisboa.
13. Ordem dos enfermeiros. Regulamento das competências Comuns do enfermeiro especialista. 2010. Lisboa.



14. Ordem dos Enfermeiros. Parecer n.º 12/2011. 2011. Lisboa.

15. Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual. 2014. Austrália.

[Accessed in December 15, 2017].

16. Gomby DS. Promise and limitations of home visitation. 2000; *Jama* 284 (11):1430-1431. [Accessed in December 27, 2017].

17. Mallik S, Spiker D. Effective Early Intervention Programs for Low Birth Weight Premature Infants: Review of the Infant Health and Development Program (IHDP). 2017. USA. [Accessed in December 27, 2017].

18. Kitzman H, Olds DL, Sidora K, *et al.* Enduring effects of nurse home visitation on maternal life course: a 3-year follow-up of a randomized trial. 2000. [Accessed in December 27, 2017].

19. Olds DL, Kitzman H, Hanks C, *et al.* Effects of nurse home visiting on maternal and child functioning: age-9 follow-up of a randomized trial. 2007. *Pediatrics*. Oct;120(4):832-45. [Accessed in December 27, 2017].

20. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR Jr, *et al.* Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: fifteen-year follow-up of a randomized trial. 1997. *JAMA* 1997;278(8) 637-643. [Accessed in December 27, 2017].



21. Olds D, Kitzman H, Cole R, *et al.* Effects of nurse home visiting on maternal life course and child development: age-six follow-up of a randomized trial. *Pediatrics*. 2004; 114(6):1550-1559. [Accessed in December 27, 2017].
22. Olds DL, Kitzaman H, Hanks C, *et al.* Effects of nurse home visiting on maternal and child functioning: age-9 follow-up of a randomized trial. *Pediatrics*. 2007;120(4):e832-345. [Accessed in December 27, 2017].



## 4.4. 3º ARTIGO

### SEX EDUCATION IN SCHOOL: CONTEXTS FOR CHANGE

#### INTRODUCTION

This article is a result of the doctoral thesis of the first author and it is centred in the attitudes and conceptions of Primary Education teachers (keystage 2), in relation to Sex Education (SE) implementation in a school context. The school is in the region of Alentejo.

The SE within the school system is a privileged place to enable young people to increase their knowledge about sexuality. It is also an important means for promoting proper attitudes and behaviors as to what SE is concerned. The path of SE in Portugal has not been an easy one; it has been subject of controversy and debate among the various intervening parties in the educational process.

SE is framed by Law (no. 3/84) (7). This law focuses primarily on the right to family planning, it includes the first legal mention about the right to sex education. Thus, in its article 1, stipulates that “estado garante o direito à ES, como componente do direito fundamental à educação”. This law considers essential practical aspects, such as the inclusion of sex education content related in the curricula and the training of teachers, but also emphasizes “intervenção dos pais”.

However, it was only 25 years later that legislation was passed which made sex education in schools obligatory. Thus, a frame was provided to define purposes of SE within the school life (Law no. 60/2009). The law 60/2009 lead to the establishment of SE in primary and secondary education, in the sphere of health education. It provides for the development of a systematic, holistic, program based on the promotion of personal and social competences and, simultaneously, focusing on the needs of a specific target audience: adolescents.

With this law, schools were confronted with a new reality: the need to implement SE on a mandatory basis. The intervening parties of these educational contexts were thus faced with a law that expected from them new competences and new roles. Yet, a doubt remained: how to transform legislation into practice?

To educate for an active, true, and conscious sexual life is everyone's responsibility. The intervening parties in the SE of adolescents are his/her family, friends, schools' staff, health providers, and the media. All this parties will help to build a system of values, attitudes and conducts related to adolescent's sexual conduct. It is necessary that parents, teachers, health practitioners, peers and other professionals interact with the adolescent to inform and train them. They must not ignore their voice, allowing them to be assertive in their options. Family (parents) and school (teachers) are agents of the adolescent's sexual education. They create synergies to intentionalize processes



of analysis, procedures, awareness, and change in what their level of knowledge and attitudes is concerned.

Teachers, as intervening parties in the training of SE, guarantee the requirements for the success, by getting involved in the implementation of programs and in the reorganization of contexts that encourage multidisciplinary. The agreement with SE and the program to be developed are a *sine qua non* condition for its execution. If the teacher has a non-conservative attitude, he will probably give more importance to the subject, creating a higher motivation when teaching and implementing the program more easily.

Any teacher can address these issues if he/she has training and motivation. Yet, he/she must acknowledge the specificity of the subject. The teacher must be willing to address the issues debated, to answer emerging questions and solve problems, that might be embarrassing. The teacher doesn't have to be an expert in SE but must be an informed professional who has had the opportunity to reflect upon the subject.

In view of the findings, it is necessary that the school, as an institution that shares educational function, assume a formal SE. It is in the adolescence that SE is most required. This should be considered as an enabling instrument, through which adolescents can acquire knowledge and develop skills to take care of and improve their

sexual health. Thus, providing the means to stimulate their individual and social empowerment.

In our country SE, has had a difficult and slow journey, due to not so clear educational policies and schools' and teachers' lack of will to pursuit a SE.

A study carried out in Portugal, with 600 teachers who taught in the Primary and Secondary Education, showed that they had a positive attitude towards SE. Most of them felt comfortable to approach sexuality issues with their students. However, few have shown intentions of getting involved in their school's future SE actions.

Involving SE in schools imply changes, not only in the beliefs/representations, personal assumptions, professional and institutional but also in school's dynamics itself. It is based on a new curricular dynamic which is intended to include different "actors", such as parents, teachers, and peers and even includes "scenarios" such as family, school, street and community.

Participants' motivation and commitment are requisite. It is only with motivated and prepared teams that we can enter a difficult and tortuous path. Teachers' training needs must be acknowledged, so that SE, as legislated, allow them to change their assumptions and beliefs. A study carried out with Primary Education teachers revealed that they need to acquire scientific knowledge about the subject, training to deal with values, content explicitation, appropriate aims for each school year, training to dealing

with children's curiosity and problems, and training to deal with parents' intervention. Several studies certify the importance of teacher's training in this area, as well as the involvement of young people in the planning of SE projects.

To this regard, Mason concluded that 10- and 11-years old students require an extensive and interactive SE, which can be obtained using a flexible pedagogy that allows children to understand the modifications faced in relation to their bodies, relationships, and sexualities.

Due to its relevance in human development, sex education should be approached according to the students' age, with continuous actions organized according to the project methodology. It is therefore imperative, before starting a program, to identify the needs of those for whom it is destined. A strict diagnosis of the situation that includes all the intervening parts in the educational process is the starting point for an efficient program.

## **METHODS**

The research is anchored in the research-action methodology (RA). The option for this methodology is that the research-action is a practical method which deals with real problems. It involves acting to improve practice and the systematical study of the developed action effects. It is self-evaluative (modifications are constantly evaluated)

and cyclical (initial discoveries generate possibilities for change to be implemented in the next cycle).

The study began with the analysis of the practical situation, this being the first stage of the whole process.

The first stage of the research was guided by an explanatory, descriptive, and quantitative approach study, with the purpose of understanding teachers' attitudes, conceptions, and practices about sex education.

The sample is made up of 26 teachers from a Secondary Education in the region of Alentejo.

Bearing in mind the research, the questions, and objectives mentioned before, a questionnaire as a data collection instrument was used. The questionnaires were applied: Questionnaire Assessing Teachers' Attitudes Towards SE (QATATSE) and Assumptions and Practices of SE in a school context.

QATATSE(5), is constituted by three dimensions: evaluative, cognitive and emotional.

Evaluative dimension: it consists of a scale of attitudes with 10 items being five positive and five negative. The answer is given on a Likert-type scale with five points (strongly disagree (1), strongly agree (5)). The scale quotation is obtained by calculating the agents' total after the inversion of the negative items.



Cognitive dimension: measured in a scale of knowledge in relation to the SE, with 15 items and possibility of an answer in True or False. The scale quotation is obtained by the sum of the number of correct answers to the questions which can range from 0 to 15.

Emotional dimension: it consists of a comfort scale related to sexual themes. 30 items measure the comfort/discomfort of the subjects by making them talk about Sex Education themes with their students. It is based on a Likert response scale, with five points (very uncomfortable 1, very comfortable 5). The scale quotation is achieved by the averages found.

The instrument also includes questions about training in SE, the degree of participation in SE actions and intentions of future involvement in the implementation of these actions in school.

To verify the questionnaire's (QATATSE) scale fidelity (evaluative dimension and comfort), the internal consistency was evaluated by calculating Cronbach's alpha. The values of Cronbach's alpha coefficient found in the scale of attitudes was 0.81, thus demonstrating good internal consistency. This value is very similar to that of the study of Reis and Vilar which presented a Cronbach's alpha of 0,84. In the comfort scale, the Cronbach's alpha coefficient value was 0.96 – high internal consistency. This value is

also similar to that of the above-mentioned study, which shows a Cronbach's alpha of 0.97.

The questionnaire Assumptions and Practices of SE in school context – teachers' version – include 70 items regarding assumptions and practices of SE in a school context. The answer is given using the Likert scale with four points: strongly disagree (1), disagree (2), agree (3) and strongly agree (4).

The statistical treatment was processed through the program Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 20, using descriptive and inferential statistics.

All ethical procedures have been complied with - informed consent, confidentiality, and anonymity - respecting the Helsinki Declaration on Research Ethics involving Humans. Permission to apply the questionnaires was obtained from the School Board of Directors and from the General Directorate for Innovation and Curriculum Development (GDICD) – no. 0164200001.

## **RESULTS**

Twenty-six teachers answered the questionnaire, 69.2%, being female (Table 1). The ages ranged between 24 and 56 years, a mean of 42.85 years, a standard deviation of 8.30 years. Half of the teachers were over 42.50 years old (median age).

38.5% of the inquired teachers had no children and 30.8% had two children.

80.8% had a degree, followed by 11.5% who only had a bachelor's degree.

As to what the teaching years is concerned teachers ranged from 3 to 34 years.

Average teaching years was 19.35 years with a standard deviation of 8.39 years. It was also verified that 38.5% of teachers had between 10 and 20 years of teaching practice and 30.8% between 20 and 30 years. Half of the respondents had teaching for more than 19.50 years.

Table 1 - Socioprofessional characteristics

Sex

Feminine

Masculine

Age Group

Number of children

None

One



Two

Three

Children's gender

Masculine

Feminine

Both

Academic qualifications

Bachelor's degree

Degree

Degree with specialization

PhD

Teaching years



With respect to training in the field of sex education (Table 2), most teachers - 73.1% - stated that they did not have training in this area. Seven teachers who claimed to have acquired training, three reported attending classes at their school and remaining four claimed to have attended courses, colloquiums / congresses, training actions and seminars. Questioned about the fact of having promoted or participated in any SE action, the majority of the seven teachers responded negatively. From the three teachers who claimed to have participated or promoted such actions, one said that it consisted of one class, another referred to an extracurricular action directed to students and the third indicated action or actions in the Project Area context. All three teachers consisted that the experience was globally positive. Two of them informed that they are assistants to the training and only one referred to be an active intervenient. The latter claimed to feel prepared and comfortable addressing SE issues.

Table 2 – Training in Sex Education

Training in Sex Education

Yes

No

Type of action attended

Course



School Session

Colloquiums / congresses

Training action

Seminars

Did you promote or participate in a SE action?

Yes

No

Nature of the activity

A class for students

An articulated set of classes for students

An extracurricular activity for students

Activity(ies) in the Project Area context

How do you evaluate this experience?

I think it was overall positive

There were negative things, but I think it went well.



I think this experience was more negative than positive

I think this experience was very negative

What role did you play in this action or program?

I was one of your proponents

I participated in the organization

I was an active participant

I was a mere assistant

As to the involvement in future Sex Education activities, eleven stated that they planned to develop activities in this scope and seven said to be available to collaborate with other colleagues in promoting such activities.

Based on the data obtained through the application of the scale of evaluation of teachers' attitudes towards Sex Education, we obtained the results that constitute table 3.

In the evaluative dimension, expressed on a scale of 1 to 5 points, the teachers obtained results between 2.60 and 4.80 points ( $M = 4.02$ ,  $SD = 0.48$ ). Half of the

teachers presented results equal to or greater than 4.00 points. Given the results obtained, we can say that teachers showed very positive attitudes in this dimension.

The questions that presented higher response averages allow us to conclude that teachers believe that SE is very important (4.31) and is a responsibility of all teachers (4.08). They also believe that this type of intervention helps to prevent HIV infection (4.19). On the other hand, they disagree that it should be carried out only by biology teachers (92.3%), they reject the possibility that it may stimulate early sexual behaviour in young people (84.6%) or that sexuality is learned throughout life not in school (65.4%).

High knowledge was found ( $M = 9.81$ ;  $SD = 2.59$ ) in relation to the knowledge scale ranging from a minimum of 1 to a maximum of 15 points.

On the scale of comfort in talking about sexuality themes, expressed in a scale between 1 and 5 points, we observed values between 2.10 and 4.63 points. A reasonable level of comfort ( $M = 3.56$ ,  $SD = 0.61$ ) was registered. Higher comfort levels were found in items such as "Love," "Condom," "Menstrual Cycle," or "Teenage Pregnancy," and lower levels of items such as "Eroticism," "Oral or Anal Sex," or "Masturbation."

Table 3 - Descriptive measures observed for the dimensions of the Evaluative Scale of Teachers' Attitudes towards Sex Education

Dimension

Evaluative

Knowledge of Sex Education

Comfort in relation to sex themes

There were no significant gender differences in relation to the three scales. There was also no correlation between the teachers' age and the results of the scales, nor were there statistically differences between teachers who received training and those who did not, compared to the three scales.

There was, however, a strong association between teachers' attitude towards SE and knowledge and comfort in addressing sexuality issues ( $r = 0.601$ ,  $p < 0.001$ ) (Table 4).

Table 4 - Correlation between teachers' attitudes toward sex education and knowledge and comfort in approaching those themes.

	Attitudes	Comfort
Knowledge		
Attitudes	Pearson Correlation	
Comfort	Pearson Correlation	
Knowledge	Pearson Correlation	

Correlation is significant at the 0.01 level.

To evaluate the practices of Sex Education in a school context, the answers given by the teachers were analysed in each of the 70 items proposed by Lourenço. The items have grouped according to conceptions (how, when, who, purposes, importance, and role of other stakeholders) and practices (training, interest and motivation, contribution of educational policy documents, what do they do intentionally, what do they do when approached by students and how they do it intentionally).

The main purpose of sex education for the teacher is to develop students' skills so that they can live their sexuality in a healthier way.

With regard to sex education conceptions related to "how", 57.7% of teachers agreed with the statement "sex education should be a compulsory subject". They acknowledge that it concerns all teachers (96.2%) and that it should be addressed preferably in the teaching components. It should be a transversal nature, but still, a program should exist for each disciplinary and non-disciplinary curricular area (65.4%). It should be planned, in a systematic way, by each Class Council (69.2%).

The majority did not agree that it should only be the responsibility of parents, because it is a family issue (96.1%); it should be dealt with only by the class director in civic formation (92.3%); Activities' coordination and SE projects should be the responsibility of the respective class director (65.4%). The teachers' opinions were divided between agreement and disagreement in the items: "SE in school, should be addressed only by teachers with specialized training in SE" (50.0%); "the discipline of Natural sciences' is the most appropriate subject to deal with SE themes" (46.2% and 53.8%); and "SE, in school, should be taught by doctors, nurses, psychologists or other specialized technicians" (53.9% or 46.1%).

All teachers (100.0%) acknowledge that SE is not a matter of "fashion" and 24 of the 26 teachers (92.3%) considered to be an important and necessary subject.



Within the framework of the practices and training: "training, interest and motivation" (Table 5). Half the teachers do not feel motivated to address issues related to sexuality in the classroom. All teachers consider that to be able to approach SE in their classes they would like to be supported by specialized technicians (100.0%). They claim to have no problem talking about sexuality issues but do not know how to do it in an adequate manner (57.7%). Half the respondents also consider that they have had some difficulty addressing SE in their classes because there are no clear general guidelines (57.7%). Others still refer to the lack of scientific knowledge needed (46.2%) and lack of didactic materials to do so (30.7%).

Opinions are divided in what SE training and scientific knowledge is concerned. Approximately half of the teachers, 14, consider having the scientific knowledge necessary to teach the subjects, whereas 12 consider that they do not have this preparation.



Table 5 – Training, interest and motivation.

Items	Strongly disagree	Disagree	Agree	Strongly agree
-------	-------------------	----------	-------	----------------

I do not feel motivated to address topics related to sexuality in the classroom

I do not feel very motivated to approach sex education in my classes because I lack support from the school's Executive Board

To approach sex education in my classes I would like to have the support of specialized technicians

I do not address topics related to sexuality in my classes, because I'm not comfortable talking about those subjects

I do not teach sex education in my classes because I do not have the scientific knowledge required

In my classes, I will only address sexuality issues if I must

I have had some difficulty in working on sex education in my classes because there are no clear central guidelines

I have no problem talking about sexuality issues, but I do not know how to do it in a proper manner

I do not address sex education more often in my classes because no one gave me didactic material to do it

Teachers' opinions are divided into what the contribution of educational policy documents is concerned. 19 teachers consider these documents insufficient to support the practice, half (13) consider them ambiguous and those that exist do not really help. However, the majority (73.0%) agree that documents related to SE are available for consult.

As for the "how they do it intentionally", as far as the classroom context is concerned, most teachers speak openly with their students about all subjects related to sexuality (69.2%) and always use scientific terms in approaching these subjects (69.2%). The SE activities offered to students are essentially informative (73.1%), arising from doubts posed by them (57.7%) and are not planned in a systematic way.

Regarding the planning and coordination of SE activities/projects at school, most teachers consider that there isn't one (61.5%) and that it is not usual to discuss SE's activities and projects in the Pedagogical Council (57.7%).



## DISCUSSION

The main purpose of this study was to know the concepts and practices of teachers in relation to SE in school, as well as to evaluate their knowledge and level of comfort in approaching these themes.

Diagnostic data showed that teachers give great importance to SE in the school environment. They have knowledge about the subject, but many of the inquired teachers admit that they do not have sufficient training to do so. Reis and Vilar's study reached the same results: Portuguese teachers have a positive attitude towards the implementation of SE in schools; have good levels of knowledge and are available for its effective development. Another study, developed in England, reveals that teachers feel they have little information/training to address some of the issues related to sexuality. Results show that although teachers' general knowledge about SE is at a good level, the specific knowledge about sexually transmitted infections and the use of the morning-after pill is poor. This could be explained by the lack of training that teachers claim to have.

As a matter of fact, we must not lose sight of the fact that for a more consistent approach to SE in the school environment, teachers should receive proper training, to demonstrate openness to the subject and to have high motivation for teaching.

In our study, the value of SE is mirrored by the teachers' responses. However, about half did not feel motivated enough to deal with issues related to sexuality in the classroom. The difficulties identified were mainly the need for support from specialized technicians, the lack of clear central guidelines, the lack of necessary scientific knowledge and the inexistence of didactic materials. The latter is not a recent problem. As early as 1996, Haignere and colleagues realized that teachers who participated in their study mentioned that the lack of materials was the major obstacle to approaching sex education, the second one being the lack of time.

Anastacio also tried to understand the arguments presented by Primary Education teachers in favour or against SE in school. The arguments put forward in favour of the approach were based on the positive example, the positive consequence, the cause, the authority granted by law and by the nature of things, tending towards scientific coherence. On the contrary, the arguments for non-approach and against SE were mainly arguments about the individual (questioning the teachers' skills), authority for families at the expense of teachers and for example, but negative, advising future teachers through rhetorical arguments. According to the same author, intermediate positions, called avoidance, have exposed significant arguments of non-approach, characterized essentially by moral argumentation, by analogy and ignorance, based on a non-formal logic. According to Anastacio these statements evidence a feeling of insecurity as the main argument for a non-approach position.



Despite the above-mentioned aspects, teachers, when given the possibility of obtaining appropriate SE training, expressed their intention to develop and promote SE actions in the future.

Training in SE and the existence of a work team that supports teachers after training is essential. Some teachers consider themselves training agents in SE, but demonstrate feelings of insecurity, lack of comfortability and of specific training. Thus, these feelings block them to new SE actions.

## **CONCLUSION**

The results of the study made it possible to identify the complexity of the phenomenon. Sex education at school is recognized as a priority. Teachers refer that it concerns all teachers. It should be cross-curricular and have a defined program for each disciplinary and non-disciplinary curriculum area, being planned systematically in each Class Council.

Since sex education in school is a priority, it is crucial that teachers, as well as health workers and parents, become aware of the importance of their role throughout the process joining efforts towards its operationalization. It is imperative to have as a common thread, teaching sex education is much more than just transmitting

information related to sex. It involves reflecting on emotions, feelings, and attitudes, training life skills and providing scientific information on human physiology.

In this sense, health education interventions and sexual education as an integral part of it must be based on the developmental perspective of young people. It should be measured according to their context, based on scientific evidence and knowledge in intervention, converging both health and education systems in a common purpose.

## **BIBLIOGRAPHY**

1. Simões C. Matos M. Comportamentos de risco na adolescência: fatores associados ao início precoce da atividade sexual. In: Matos M. Sexualidade: afetos e cultura. Gestão de problemas de saúde em meio escolar. Lisboa (PT): Coisas de ler Edições; 2010. P.33-55.
2. Caldeira E. Promoção da saúde e desenvolvimento dos adolescentes: A educação sexual em contexto escolar [tese de doutoramento]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2015.
3. Ferreira P. Contextos da iniciação sexual: idade, relacionamento e geração. In Ferreira PM, Cabral M. *et al.* (orgs.). Sexualidades em Portugal: Comportamentos e riscos. Lisboa (PT): Editorial Bizâncio; 2010. P.231-288.



4. Caldeira E. Comportamentos sexuais dos adolescentes. *Servir*. 205; 53(1): 29-39.
5. Reis M, Vilar D. A implementação da educação sexual na escola: Atitudes dos professores. *Análise Psicológica*. 2004; 4 (XXII): 737-745.
6. Lourenço, M. Educação sexual em contexto escolar: das concepções às práticas [manuscrito publicado]. Coimbra (PT): Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação; 2007.
7. Lei 3/84. Educação Sexual e Planeamento Familiar. *Diário da República*. 1985; 1ª série, n.º 71: p. 3-24.
8. Lei 60/2009. Estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar. *Diário da república*. 2009 agosto 6; 1ª Série, Nº151: p 5097-5098.
9. Vilar D, Carriço E. Kit educativo- Saúde e sexualidade: 2º ciclo. Lisboa (PT): Associação para o Planeamento da Família; 2009.
10. Afonso E, lucas A. A sexualidade na adolescência. *Servir*. 2001 julho-agosto; 49(4): 165-171.
11. Marques A. *et al.* (coord.) Educação Sexual em Meio Escolar – Linhas orientadoras. Lisboa (PT): Ministério da Educação, Ministério da Saúde; 2000.
12. Vaz J, Vilar D. Cardoso S. Educação Sexual na Escola. Lisboa (PT): Universidade Aberta; 1996.



13. Ramiro L, Matos M, Vilar D. Factores de sucesso da Educação Sexual em Meio escolar. *Educação Sexual em Rede*. 2008; (3): 8-13.
14. Sampaio D. Sexualidade na adolescência. In: Barbosa A, Gomes-Pedro J. *Sexualidade*. Lisboa (PT): Departamento de Educação Médica. Faculdade de Medicina de Lisboa; 2000.
15. Ewles L, Simnett I. *Promoting health: A practical guide*. London (UK): Baillière Tindall; 1999.
16. Hagan JF. *et al.* *Pediatrics. Career and Technical Education*. 2001; 108(2).
17. Rifkin S, Pridmore P. Partners in planning: Information, participation and empowerment. *Health Promotion International*. 2002; (17): 285-286.
18. Sampaio D. *et al.* (coords.). Grupo de trabalho de educação sexual. Educação para a saúde: relatório preliminar. Lisboa [PT: Direcção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, Ministério da Educação; 2005.
19. Anastácio Z. Educação Sexual no 1º CEB: Concepções, Obstáculos e Argumentos dos Professores para a sua (não) Consecução [tese de doutoramento]. Braga (PT): Universidade do Minho; 2007.
20. Leurs M. *et al.* Focus points for school health promotion improvements in Dutch primary schools. *Health Education Research*. 2007; 22(1): 58-69.



21. Kirby D, Laris B, Rolleri L. Sex and HIV Education. Programs for Youth: Their Impact and Important Characteristics. Scotts Valley (US): Family Health International; 2006.
22. Mason S. Braving it out! An illuminative evaluation of the provision of sex and relationship education in two primary schools in England. *Sex Education*. 2010; 10(2): 157-169.
23. Westwood J, Mullan B. Knowledge and attitudes of secondary school teachers regarding sexual health education in England. *Sex Education*. 2007 May; 7(2): 143-159.
24. World health organization WHO (CH) Standards for sexuality education in Europe: A framework for policy makers, educational and health authorities and specialists. Cologne (DE): Federal Centre for Health Education; 2010.
25. Haignere C. *et al.* Teachers' receptiveness and comfort teaching sexuality education and using non-traditional teaching strategies. *The Journal of School Health*. 1996; 66(4): 140-144.
26. Ramiro L, Reis M, Matos M. Educação sexual: propostas para escolas. In: Matos M. *Sexualidade, afectos e cultura: Gestão de problemas de saúde em meio escolar*. Lisboa (PT): Coisas de Ler; 2010. P. 203-244.
27. Caldeira E, Lopes M, Arranca A. Educação Sexual no 2º Ciclo do Ensino Básico. Do Diagnóstico de Situação à Intervenção. In: Albuquerque C. (Org.). *Compor-*



tamentos de Saúde Infanto-Juvenis: Realidades e perspetivas. Viseu (PT): Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde; 2012. p. 495 – 504.



## 4.5. COMENTÁRIO

A tradução dos artigos implicou uma pesquisa exaustiva, pois é isso que a tradução técnica exige, especialmente uma na área da Medicina. Ao longo das traduções encontrei riqueza textual em aspetos linguísticos referentes a esta vertente da tradução, relacionados com a tradução efetuada, a tradução médica, tais como: 1. estrangeirismos, 2. acrónimos, 3. siglas, 4. economia de palavras e predominância de 5. frases de tipo declarativo.

### Exemplos:

#### 1. Estrangeirismos

“*coping*” - campo científico interdisciplinar que estuda o ser humano como unidade do corpo e da mente, ou seja, o *coping* é uma tentativa ou empenho para lidar com exigências externas ou internas que sobrecarregam os recursos do sujeito. Ex: stress.

*Nurse* – estrangeirismo para enfermeiro/a.

*Newborn* – estrangeirismo para recém-nascido.

*Family* – estrangeirismo que significa família.



*Follow-up* – estrangeirismo que significa acompanhamento.

*Needs* – necessidades.

*Parents* – pais.

*Paediatric* – estrangeirismo que significa pediátrico, ou seja, que é direcionado aos cuidados de saúde com as crianças.

*Nursing* – estrangeirismo que significa Enfermagem.

## **2. Acrónimos**

“EBSCO” – acrónimo que se refere ao nome de uma plataforma online, que é constituída por artigos de várias áreas científicas, tais como: *CINAHL Complete* ou *MEDLINE Complete*.

PUBMED – plataforma online de citações de literatura biomédica da MEDLINE, revistas e livros online.

## **3. Siglas**

OMS – Organização Mundial de Saúde.

PICOS – sigla da estratégia de inclusão e exclusão de artigos (Artigo 2).



NFP – Nurse-Family Partnership.

QAAPES – Questionário de Avaliação de Atitudes dos Professores face à Educação Sexual.

DGIDC – Direção Geral da Inovação e Desenvolvimento Curricular.

#### **4. Economia de palavras**

- Os números cardinais não se encontram escritos por extenso, de modo a economizar palavras.

- Alguns números apresentam-se escritos em numeração romana, de forma a economizar palavras.

RN (Recém-nascido) – economia de palavras através de abreviatura.

VD (visita domiciliária) – economia de palavras por meio de abreviatura.

ES – abreviatura de Educação Sexual.

#### **5. Frases de tipo declarativo**

“Os avanços científicos e tecnológicos têm influenciado positivamente a diminuição nas taxas de mortalidade infantil e consequentemente o aumento da esperança média de vida de crianças com alterações do desenvolvimento ou necessidades de saúde” (Artigo 1; p. 1167)”



“Scientific and technological advances have positively influenced the diminish in infant mortality rates and consequent increase of the average lifespan with developmental or health needs changes”.

“Os professores, como atores de formação sobre ES garantem as condições para o sucesso, ao envolverem-se na implementação de programas e na reorganização de contextos que fomentam a multidisciplinalidade.” (Atrigo 3, p.1150)

“Teachers, as actors of formation about SE guarantee the requirements for the success, by evolving themselves in the implementation of programs and in the reorganization of contexts that encourage multidisciplinarity.”

## Artigo 1

- Ao longo dos artigos recorri ao encurtamento das frases na tradução para o inglês, pois essa mesma língua é caracterizada pela sua simplicidade.

### Introdução

1º parágrafo –Aqui, podemos verificar, ao longo da tradução, a omissão do artigo definido no início da frase “Os”, na passagem do Inglês para o Português; é também verificada a utilização do caso genitivo em “children’s”; a utilização de uma só palavra *lifespan* para traduzir “esperança de vida”; em inglês existe o pronome *it*, que no português não existe; é utilizada a expressão inglesa *both* para traduzir a conjunção coordenativa disjuntiva “quer...quer”; a palavra *caregivers* para traduzir a expressão “prestadores de cuidados”. A expressão portuguesa, “ou seja”, desaparece devido à simplificação das frases do texto.

“Os avanços científicos e tecnológicos têm influenciado positivamente a diminuição nas taxas de mortalidade infantil e conseqüente aumento da esperança média de vida de crianças com alterações do desenvolvimento ou	Scientific and technological advances have positively influenced the diminish in infant mortality rates. That led to a consequent increase of these children’s lifespan. Thus, it’s important that the professional nursing practice focused in
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



<p>necessidades de saúde. Com isto, é importante que o exercício profissional de enfermagem centrado na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas tenha em atenção as principais necessidades quer da criança quer dos cuidadores. Os cuidados de Enfermagem prestados por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem são centrados na família e fomentam a parceria nos cuidados, ou seja, um modelo de cuidados de enfermagem pediátrico que reconhece os pais como parceiros ativos e valoriza as suas capacidades como prestadores de cuidados às crianças/jovens.”</p> <p>(p. 1167-1168)</p>	<p>the interpersonal relationship of a nurse with a person or of a nurse with a group of people take into consideration the main needs of both the child and the caregivers. The nursing care provided by Specialist Nurses in the areas of Child and Youth Nursing are focused in the family, and they foster partnership in the care. A model of paediatric nursing care that recognizes parents as active partners and values their skills as caregivers for their children.</p> <p>(p.30)</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



2º parágrafo –Recorri ainda à utilização do artigo *an* que em português não existe e que em inglês ocorre antes das palavras iniciadas por vogais.

<p>“Sendo que, é na família que as interações são estabelecidas e as relações são um elemento essencial no ambiente de crescimento e desenvolvimento da criança.”</p> <p>(p.1168)</p>	<p>For, it is in the family that the interactions are established, and relationships are an essential element in the environment of the child’s development.</p> <p>(p.30-31)</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3º parágrafo – Nesta parte, frase em inglês é iniciada com a omissão do artigo definido no plural “As”, a palavra “aumentar” no infinitivo passa a gerúndio “increasing” e a expressão “sejam responsáveis” passa a “account”, um exemplo de economia de palavras na passagem da língua fonte para a língua alvo. Encontrei uma palavra composta por justaposição, na tradução para o inglês, *not-mandatory*.

<p>“As doenças crónicas estão a aumentar a um ritmo exponencial a nível mundial, sem uma diferenciação de locais ou grupos sociais. Está previsto que até ao</p>	<p>Chronic diseases are increasing world level at an exponential rate, without a differentiation of places or social groups. It is expected that until 2020 the chronic</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



<p>ano de 2020 as doenças crónicas, sejam responsáveis por 78% das doenças nos países em desenvolvimento. As doenças declaradas não obrigatórias como são as doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade, o cancro e as doenças respiratórias representam 59% do total de 57 milhões de mortes por ano e 46% do total de doenças, a nível mundial representa um impacto significativo na saúde.”</p> <p>(p.1168)</p>	<p>diseases account for 78% of diseases in developing countries. The declared non-mandatory diseases such as cardiovascular diseases, diabetes, obesity, cancer and respiratory illnesses represents 59% of the total of 57 million deaths per year. 46% of the total of diseases represents a significant impact on health issues.</p> <p>(p.31)</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

5º parágrafo - Não traduzi os nomes próprios, pois não se traduzem. Tirei ainda a vírgula que separava os nomes “Fonseca, Canavarro” e acrescentei a conjunção “e”, pois assim é que a frase fazia sentido. As citações deixei em português porque também não se traduzem.



<p>“Segundo Fonseca e Canavarro descrevem que perante um diagnóstico de anomalia congénita, “as reações parentais iniciais são semelhantes à resposta de luto (choque, tristeza, ansiedade, culpa e raiva), que evoluem num processo gradual de adaptação, geralmente conducente à restituição do equilíbrio emocional”. O mesmo autor refere ainda que “perante o confronto com o diagnóstico [...] o nascimento de um bebé [...] passa a ter uma tonalidade emocional predominantemente negativa”. Para os pais destas crianças este diagnóstico constitui uma perda do bebé saudável e perfeito, das expectativas e de todos os projetos realizados bem como do papel parental, “esta vivência ultrapassa a intimidade familiar e passa a ser amplamente partilhada para com os</p>	<p>According to Fonseca and Canavarro the congenital anomaly is described as “as reações parentais iniciais são semelhantes à resposta de luto (choque, tristeza, ansiedade, culpa e raiva), que evoluem num processo gradual de adaptação, geralmente conducente à restituição do equilíbrio emocional.” The same authors mention that “perante o confronto com o diagnóstico [...] o nascimento de um bebé [...] passa a ter uma tonalidade emocional predominantemente negativa”. For the parents of these children the diagnosis constitutes a loss of their healthy and perfect baby, of the expectations as parents, “esta vivência ultrapassa a intimidade familiar e passa a ser amplamente partilhada para com os</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



---

profissionais de saúde”.	profissionais de saúde.”
(p.1168)	(p.31-32)

6º parágrafo – Traduza ainda a expressão “próprias características” pela expressão inglesa *very characteristics*; introduza a expressão inglesa *perpetrated* na penúltima frase, de modo a enfatizar o preconceito da sociedade, na língua inglesa. Por fim, traduza a expressão portuguesa “entre outras” pela expressão inglesa *for instance*, que em português significa “por exemplo”.

“Devido às próprias características da doença ou implicações, nomeadamente hospitalizações ou necessidades de tratamentos frequentes, a família depara-se com tarefas adicionais, responsabilidades e preocupações relativas aos cuidados e questões monetárias implicadas, incertezas quanto ao futuro, luto emocional, reações de preconceito ou estigmatização por parte	Due to the very characteristics of the disease, such as hospitalizations or therapies of different nature, the family is faced with additional tasks, responsibilities and concerns regarding monetary issues and health care. Other problems are related with an uncertain future, emotional mourning, stigmatization and prejudice perpetrated by society. All these factors can lead to
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------





<p>crónica e famílias, e ainda contribuir para a articulação com os diferentes intervenientes no apoio a estas crianças. No âmbito dos cuidados especializados em Saúde Infantil, o enfermeiro pode especificamente intervir no intuito de promover a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, pode assim contribuir para a realização de atividades que visem minimizar o impacto dos stressores relacionados com a situação de hospitalização ou da própria doença crónica. É ainda do escopo de ação do enfermeiro especialista e referência da criança/jovem com situações de doença crónica para instituições de suporte e cuidados especializados.”</p> <p>(p.1169)</p>	<p>their families. Thus, contributing to an articulation with different intervening parties to support these children. In the sphere of specialized care in Child Health, nurses can intervene with the intent of promoting a progressive adaptation both of the child and its family in order to cope with the chronic disease. Therefore, the mentioned intervention, can aspire to minimize the impact of stress factors related with hospitalization and with the chronic disease in itself. It is also within the specialist nurse’s scope of action to refer children with chronic diseases to Healthcare Institutions or other specialized facilities.</p> <p>(p.32-33)</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



8º parágrafo – Traduzi a expressão portuguesa “forma integral” pela expressão inglesa “holistically manner”; omiti a expressão portuguesa “Neste sentido”, pois em inglês não se afigura necessário para a compreensão do enunciado; Por fim, omiti a expressão portuguesa “de crianças com doenças crónicas”, pois construí a frase em inglês de outra forma.

<p>“Para poder cuidar de uma forma integral é necessário antes demais conhecer as necessidades em cuidados de enfermagem. Neste sentido, a revisão da literatura, enquanto método, permitirá identificar e categorizar as necessidades dos pais e cuidadores de crianças com doenças crónicas.”</p> <p>(p.1169)</p>	<p>To be able to care in a holistically manner, it is important to know the needs of the nurse care services. Literature review, as a method, will allow the identification and cathégorization of the needs that parents and caregivers have.</p> <p>(p.33)</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



## Métodos

1º parágrafo – Aqui, mudei completamente a estrutura do parágrafo, para que fosse exprimido de uma forma mais simples. Recorri ainda à omissão do artigo indefinido em português “Uma”; traduzi o “onde” pelo “which”, que em português significa “o qual”.

<p>“Uma revisão da literatura é um método de revisão mais extenso onde se inclui literatura teórica e empírica bem como estudos com diferentes abordagens metodológicas. Tendo como finalidade sintetizar resultados alcançados em pesquisa sobre um tema, de maneira sistemática, ordenada e abrangente.”</p> <p>(p.1169)</p>	<p>Literature review is an extensive revision method, which includes revising both theoretical and empirical literature. Different methodological approaches are also an important issue to address. The aim is to synthesize obtained results on a theme.</p> <p>(p.33)</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2º parágrafo – Este parágrafo contém acrónimos como o “EBSCO” e alguns estrangeirismos, não traduzíveis para português pois são nomes de plataformas online.

<p>“A pesquisa foi realizada na plataforma EBSCO, com seleção das bases de dados</p>	<p>The research was carried out on EBSCO, by selecting available data bases: CINAHL</p>
--------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------



disponíveis nomeadamente: CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Nursing & amp; Allied Health Collection; Comprehensive; Database of Abstracts of Reviews of Effects; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cocharane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & amp; Technology Abstracts; MedicLatina; Health Technology Assessments: NHS Economic Evolution Database.”	Complete; MEDLINE Complete; Nursing & amp; Allied Health Collection; Comprehensive; Database of Abstracts of Reviews of Effects; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & amp; Technology Abstracts; MedicLatina; Health Technology Assessments: NHS Economic Evolution Database.
(p.1169)	(p.33)

3º parágrafo – Podemos ainda observar a existência de alguns estrangeirismos “*needs, parents, pediatrics e nursing*” e faz referência aos operadores booleanos, que servem para orientar as pesquisas. Na data em português a data não tem a preposição “de” para separar o mês do ano.



<p>“A seleção dos artigos foi concretizada com pesquisa efetuada no dia 5 de Janeiro 2017 com os descritores DeCS em idioma inglês: <i>needs, parents, pediatrics e nursing</i> conjugados com o operador booleano AND e delimitado por texto integral, sem limitação de campo de pesquisa, data de publicação, idioma ou faixa etária.”</p> <p>(p.1170)</p>	<p>The selection of articles was carried out on January 5, 2017 with the DeCS descriptors in English: <i>needs, parents, pediatrics</i> and <i>nursing</i> combined with the Boolean operator AND and delimited by integral text, without restriction of research field, date of publication, language or age group.</p> <p>(p.33-34)</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

6º parágrafo – A expressão portuguesa “bases de dados” é traduzida pela expressão inglesa “databases”, o que faz transparecer que a língua inglesa é caracterizada pela economia de palavras.

<p>“Da pesquisa efetuada nas bases de dados mencionadas, com os descritores selecionados e tendo em conta os delimitadores de busca, obteve-se uma</p>	<p>From the research carried out in the mentioned databases, with the selected descriptors and considering search limitations, an initial sample of 34 articles</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



amostra inicial de 34 artigos.”  (p.1170)	was obtained.  (p.34)
-------------------------------------------------	-----------------------------

### Resultados

1º parágrafo - Traduzi ainda a expressão “literatura livre” por “interpretation”, pois esta era a melhor opção. Escolhi também a palavra inglesa “exhibits” em vez da palavra “presents”, pois esta era a mais adequada. O “PRISMA” é o programa que foi utilizado para fazer os fluxogramas e os quadros.

“Os resultados obtidos surgiram de uma leitura livre dos artigos seleccionados da pesquisa nas bases de dados, tendo sido extraídos os resultados que abordavam as necessidades dos cuidados de enfermagem para os pais/cuidadores/família das crianças com doenças crónicas. Na figura que se segue é apresentado o fluxograma da estratégia dos resultados com base nas	The obtained results derived from an interpretation of the selected articles researched in the databases. The results were extracted based on the care needs shown by parents/caregivers/family of children with chronic diseases. The following figure exhibits the flowchat according to PRISMA recommendations.  (p.34-35)
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------









## Conclusões

2º parágrafo - A expressão portuguesa “se reajustar” é traduzida por “readjust themselves”, pois, esta última palavra constitui um pronome reflexivo da Língua Inglesa. Diminui também a extensão da frase mais longa, pois as frases em inglês querem-se curtas e concisas. Aqui eliminei a expressão “a seguir”, pois não se afigura necessária para a compreensão do enunciado em inglês.

<p>“A família tem um papel fundamental na vida destas crianças pois utilizam os pais como um modelo de comportamento a seguir. Após um diagnóstico de doença crónica os pais/cuidadores/família têm que se reajustar à doença e aos cuidados que esta exige, com isto verificou-se nos vários estudos a existência de um desgaste físico e emocional por parte dos cuidadores devido a uma superproteção à criança doente e uma menor atenção aos</p>	<p>Family has an essential role in the lives of these children because they see parents as behavioural models. After a chronic disease diagnosis, the parents/caregivers/family must readjust themselves to the disease and the care it requires. As a result, caregivers tend to suffer from physical and emotional stress, due to overprotecting the sick child, but also to the minimal attention given to the rest of the family.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



---

restantes elementos familiares.”  (p.1177)	(p.44)
--------------------------------------------------	--------

3º parágrafo - Identifiquei uma conjunção coordenativa copulativa na última frase da língua fonte: “não só...mas também”.

“Na prática de enfermagem contactamos muitas vezes com emoções negativas relacionadas com o sofrimento da criança, sendo que é necessário que as consigamos utilizar conscientemente para melhorar a qualidade dos cuidados que prestamos, isto é, fazer um trabalho de níveis de acompanhamento com centralidade não só em si mas também na criança e a todo o seio familiar.”  (p.1177)	In nursing practice, it is not rare to find negative emotions related to the suffering child. Yet, these feelings should be used to consciously improve the quality of the care provided. The work should be centred in the child and in the family, developing different levels of supervision.  (p.44)
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



## Artigo 2

### Introdução

1º parágrafo - Podemos verificar algo que não existe em português que é a colocação de um apóstrofe em palavras da língua inglesa, por exemplo, podemos verificar tal fenómeno na expressão “child’s life cycle”, que em português é referente ao “ciclo de vida da criança”, ou seja, o apóstrofe em inglês é utilizado para substituir o “da” em português: o caso genitivo. Aqui, também podemos observar a omissão de três artigos definidos iguais “a” e da preposição “em”.

<p>“O desenvolvimento da primeira infância é o alicerce essencial para o sucesso em muitas áreas da vida, como o bem-estar físico, a competência em alfabetização, a criminalidade e a participação social e económica, ao longo do curso de vida. O que acontece com a criança nos primeiros anos de vida é essencial para o percurso do desenvolvimento e o ciclo de vida da</p>	<p>The early childhood development is the essential foundation for success in many years of life, such as physical well-being, literacy skills, criminality and social and economic involvement throughout life. What happens to the child in his/hers first years is crucial to the development and to the child’s life cycle.</p> <p>(p.49)</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------





Mantive no texto alvo a informação que estava entre parêntesis no texto da língua fonte.

<p>“A visita domiciliária (VD) às famílias é uma estratégia de intervenção precoce em muitas nações industrializadas, podendo ser gratuita, voluntária e integrada no sistema abrangente de saúde materna e infantil. Está profundamente enraizada na história, com referência aos tempos isabelinos na Inglaterra e aprovada como uma estratégia de Florence Nightingale no século XIX. No último quarto do século 20, foi cada vez mais utilizada como estratégia de prevenção de abuso e negligência infantil, promoção do desenvolvimento da criança e eficácia parental e redução das disparidades de saúde.”</p>	<p>The home visit (HV) to families is an early intervention strategy in many industrialized nations and it's free of charge, voluntary and integrated into the comprehensive maternal and child health system. It is deeply rooted in history, with references to Elizabethan times in England and adopted as a Florence Nightingale strategy in the nineteenth century. In the last quarter of the 20<sup>th</sup> century, it was increasingly used as a strategy to prevent child abuse and neglect, parental efficiency and reduction of health disparities.</p> <p>(p.49-50)</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



---

(p.1343)	
----------	--

6º parágrafo - Podemos verificar a ausência do artigo definido no início da frase, devido à tradução para a língua Inglesa que é caracterizada pela sua economia de palavras; a utilização do gerúndio “stating” para traduzir a expressão “onde afirmam”; e, por fim, a ausência do artigo definido na expressão inglesa “where mortality is high”. A sigla da Organização Mundial de Saúde (OMS) muda para “WHO – World Health Organization”. A abreviatura de recém-nascido (RN) muda para “(NB) Newborn”. São também omitidos os artigos definidos “As” e “o”, pois não se afiguram necessários para a compreensão do excerto.

“As diretrizes internacionais reforçam a necessidade de cuidados e acompanhamento pós-parto. A VD ao recém-nascido e sua família é defendida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Unicef na declaração conjunta, onde afirmam que a mãe e o recém-nascido (RN) precisam de atenção no período imediatamente após o	International guidelines reinforce the need for postpartum care and follow-up. The HV to the newborn and his family is defended by the World Health Organization (WHO) and by Unicef in the joint statement, stating that the mother and the newborn (NB) need attention in the period immediately after birth and state also that studies show that home-
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



---

nascimento e afirmam também que os estudos mostram que as intervenções baseadas em cuidados ao recém-nascido em casa, pode evitar entre 30 e 60 por cento das mortes neonatais em ambientes onde a mortalidade é alta.”  (p.1344)	based care interventions can avoid between 30 and 60 percent of neonatal deaths in environments where mortality is high.  (p.50-51)
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

8º parágrafo - O nome “Martin” não se traduz. Não traduzo a citação, pois não se traduzem as citações da língua fonte.

“Segundo Martin “O enfermeiro é o profissional de saúde com melhores condições para desenvolver o seu trabalho no contacto direto com a comunidade, para valorizar o ambiente familiar, o relacionamento entre pais e recém-nascidos desde o primeiro momento (...) o enfermeiro sabe avaliar e	According to Martin “O enfermeiro é o profissional de saúde com melhores condições para desenvolver o seu trabalho no contacto direto com a comunidade, para valorizar o ambiente familiar, o relacionamento entre pais e recém-nascidos desde o primeiro momento (...) o enfermeiro sabe avaliar e
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



como atuar sobre fatores ambientais nocivos ou benéficos, que rodeiam a criança e como reduzi-los, no primeiro caso, ou reforçá-los, no segundo.”  <p style="text-align: right;">(p.1344)</p>	como atuar sobre fatores ambientais nocivos ou benéficos, que rodeiam a criança e como reduzi-los, no primeiro caso, ou reforçá-los, no segundo.”  <p style="text-align: right;">(p.51)</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

12º parágrafo - Encontrei um erro no documento original, que é o “em” em vez de “um”, artigo indefinido.

“Verificamos com a pesquisa efetuada, que em Portugal não existe um grande investimento na implementação desta prática de cuidados.”  <p style="text-align: right;">(p.1345)</p>	We verified with the research carried out, that in Portugal there is not a great investment in the implementation of this practice of care.  <p style="text-align: right;">(p.52)</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Metodologia

1º parágrafo - Traduza a expressão “Com o objetivo de” pelo “To”, pois a língua inglesa é caracterizada pela sua economia de palavras.

<p>“Com o objetivo de identificar e sistematizar as melhores evidências sobre a temática, recorreremos aos princípios de uma Revisão Sistemática da Literatura de análise descritiva.”</p> <p>(p.1345)</p>	<p>To identify and systematize the best evidence on the subject, we use the principles of a Systematic Review of Literature for descriptive analysis.</p> <p>(p.53)</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

2º parágrafo - Encontrei a sigla “PICOS”. A expressão “estabelecendo-se” passa em inglês a “establishing itself” – pronome reflexivo.

<p>“Tendo em conta o objetivo definido, foi utilizada a estratégia PICOS, para a elaboração da questão de partida, e para a definição dos critérios de inclusão e exclusão na seleção de artigos. Definiu-se como P – Recém-nascido/lactente e</p>	<p>Considering the defined objective, the PICOS strategy was used to elaborate the starting point and to define the inclusion and exclusion criteria in the selection of articles. It was defined as P – Newborn/infant and family, I – Nursing</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



<p>família, I – Visita domiciliária de Enfermagem, C – Ausência de visita domiciliária, realização da visita domiciliária por outros técnicos ou diferentes metodologias de realização de visita domiciliária de enfermagem, O – Impacto na saúde e bem-estar da criança e família, S – Ensaios Clínicos Controlados Randomizados, estabelecendo-se como pergunta de partida: Qual o impacto da visita domiciliária de enfermagem ao recém-nascido/lactente e família na saúde e bem-estar da criança e família?”</p> <p>(p.1345)</p>	<p>home visit, C – Absence of home visit, home visit by other technicians or different methodologies for a nursing home visit, O – Impact on the health and well-being of child and family, S – Clinical Trials with randomized control, establishing itself as a starting question: What is the impact of the home visit to the newborn/infant and family on the health or well-being of the child and family?</p> <p>(p.53)</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3º parágrafo - Reparei que existia um erro: havia um artigo definido a mais “o”.

<p>“E por fim foi realizada uma nova pesquisa nas bases de dados com as</p>	<p>Finally, a new database search was carried out with the keywords Nurse AND</p>
-----------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------





---

que permitiu facilitar a análise dos estudos, a qual contemplava os seguintes aspetos: identificação do estudo, país e data, objetivo do estudo, desenho do estudo, número e tipo de participantes, resultados e principais conclusões.  (p.1347)	facilitated the analysis of the studies, which include the following aspects: study identification, country and date, study objective, study design, number and type of participants, results and main conclusions.  (p.55)
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

3º parágrafo - Os nomes dos países são traduzidos porque existe uma equivalência em inglês.

“Os estudos analisados foram desenvolvidos em diferentes países e estão distribuídos da seguinte forma: Estados Unidos da América (EUA) (7 estudos), Austrália, Irão, Holanda e Reino Unido (1 estudo cada).”  (p.1347)	The studies analysed were developed in different countries and are distributed as follows: United States of América (USA) (7 studies), Australia, Iran, Netherlands and United Kingdom (1 study each).  (p.55)
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



4º parágrafo – Encontrei os seguintes estrangeirismos: “Experimental” e “follow-up”.

<p>“No que concerne à abordagem metodológica dos estudos analisados, do total dos onze estudos encontrados todos apresentam metodologia quantitativa e são estudos randomizados controlados, sete Experimental e quatro follow up.”</p> <p>(p.1347)</p>	<p>Regarding the methodological approach of the analysed studies, of the total of the eleven studies found all present quantitative methodology and are randomized controlled studies, seven Experimental and four follow-ups.</p> <p>(p.56)</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

6º parágrafo - Traduza a expressão portuguesa “Com o intuito de” por “In order to” em vez de “To”.

<p>“Com o intuito de melhor compreender e visualizar os resultados obtidos, foram elaboradas três tabelas, que apresentam as características dos estudos selecionados segundo, autor e ano de realização, país de origem, amostra, desenho e objetivo do estudo, tipo de</p>	<p>In order to better understand and visualize the obtained results, three tables were prepared, which selected the characteristics of the selected studies according to author and year of achievement, country of origin, sample, design and purpose of the study, type of</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



<p>intervenção e resultados, e que foram agrupados de acordo com o tipo de intervenção, nomeadamente, VD realizada por enfermeiros e por outros profissionais (tabela 1), VD realizada por enfermeiros de acordo com o programa Nurse-Family Partnership (tabela 2) e VD realizada por enfermeiros (tabela 3).</p> <p>(p.1347)</p>	<p>intervention and results. These were grouped according to the type of intervention, namely, HV performed by nurses and by other professionals (table 1), HV performed by nurses according with the program Nurse-Family Partnership (table 2) and HV held by Nurses (table 3).</p> <p>(p.56)</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Encontrei um erro no documento original, onde aparecia “Nurse Family Partnerchip”, que, bem escrito, seria: “Nurse-Family Partnership” (Artigo 2).

#### Discussão dos resultados

3º parágrafo - Em português temos a palavra “pré-termo” que é composta por justaposição, que em inglês é “preterm”, sendo composta por aglutinação.



<p>“Por último temos um estudo em que a amostra são RN pré-termo (E7), sendo esta amostra pertinente, uma vez que existem evidências que o baixo peso ao nascer e prematuridade têm consequências na saúde e desenvolvimento das crianças, a curto e longo prazo, e que as intervenções precoces, nomeadamente as VD, parecem ser uma estratégia importante para melhorar os resultados nessa população.</p> <p>(p.1357)</p>	<p>Finally, we have a study in which the sample are preterm NB (E7). This sample is pertinent because there is evidence that low birth weight and prematurity has consequences in the child’s health and development, both in the short and long term. Early interventions, particularly HV, appear to be an important strategy for improving outcomes in this population.</p> <p>(p.68)</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

7º parágrafo - Traduzi a expressão “na medida em que” por “as” e a expressão “dão resposta às” pelo “meet”.

“O programa fornecido pela enfermeira	... the program provided by the nurse
---------------------------------------	---------------------------------------



<p>perde o impacto ao longo do tempo, o impacto do programa é mais notório para crianças nascidas de mães de recursos baixos e para famílias que vivem em bairros altamente desfavorecidos (como é o caso dos estudos referidos), o benefício do programa é maior, onde há maior espaço para melhorias (as crianças deste grupo tinham scores médios de processamento mental mais baixos), o impacto do programa para crianças nascidas de mães de recursos baixos diminui, na medida em que as crianças obtêm serviços terapêuticos que dão resposta às necessidades de desenvolvimento e a amostra deste estudo foi estatisticamente menos significativa, que a dos outros estudos (E4).”</p>	<p>loses its impact over time; the impact of the program is more noticeable for children born to low-income mothers and for families living in highly disadvantaged neighborhoods (as in the case referred studies); the benefit of the program is greater where there is more room for improvement (the children in this group had lower average mental processing scores); the impact of the program for children born to low-resource mothers decreases, as children obtain therapeutic services that meet their needs of development. The sample of this study was statistically less significant than that of the other studies (E4).</p> <p>(p.70-71)</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



(p.1359)

11º parágrafo - Traduza a expressão “semelhante ao” por “like” em vez de “similar to”;  
encontrei um erro no texto original, pois em vez de “realizadas” é “realizada”.

<p>“A realização de VD por enfermeiros (especialista em pediatria) no pré e pós-parto, até aos 2 anos, em programa estruturado semelhante ao NFP, comparado com a realização de uma VD de enfermagem (especialista em pediatria), nos primeiros quinze dias de vida do RN, foi estudado na Austrália (E9). Os resultados do estudo revelaram que o impacto da intervenção foi mais significativo na avaliação realizada nas mães (principalmente mães emigrantes e com alterações psicossociais), que ficaram mais preparadas para exercer a parentalidade e a duração da</p>	<p>The performance of HV by nurses (paediatric specialist) in the pre and postpartum up to 2 years in a structured program like the NFP, compared to the performance of a HV of nursing (specialist in paediatrics), during the first fifteen days of life, was studied in the Australia. The results of the study revealed that the impact of the intervention was more significant in the evaluation performed in the mothers (mainly migrant and psychosocially ill mothers), who were more prepared to exercise parenting and the duration of breastfeeding was greater.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



---

amamentação foi maior.”  (p.1360)	(p.72-73)
-----------------------------------------	-----------

14º parágrafo - Traduza a expressão portuguesa “tal como” pela expressão inglesa “as”, algo que faz transparecer a economia de palavras da língua inglesa. Na versão original não existia a locução “de” para separar “Academia de Pediatria Americana”.

“Verificámos que a intervenção da assistente social se centrou na ajuda às mães na negociação de questões legais e judiciais e que a intervenção do enfermeiro se centrou no reforço do cuidado pré-natal, a educação para a saúde, no apoio da saúde e desenvolvimento da criança e na articulação dos cuidados com os cuidados de saúde primários, pelo que não conseguimos avaliar nos resultados a distinção entre a intervenção dos dois	We verified that the intervention of the social worker focused on helping mothers in the negotiation of legal and judicial issues and that intervention of the nurse focused on strengthening parental care, health education, health support and child development and in the articulation of care with primary health care. Therefore, we can not evaluate the results between the intervention of the two health technicians, but we conclude that interdisciplinary intervention has
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



---

<p>técnicos de saúde, mas concluímos que a intervenção interdisciplinar tem benefícios na promoção da saúde e bem-estar das crianças/famílias, tal como evidenciado na Academia de Pediatria Americana.”</p> <p>(p.1362)</p>	<p>benefits in the promotion of the health and well-being of children/families, as evidenced by the American Academy of Paediatrics.</p> <p>(p.75-76)</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### Conclusões

1º parágrafo - Podemos verificar a utilização do “us”, uma marca de personalidade.

<p>“Esta revisão sistemática da literatura permitiu concluir que as abordagens das intervenções utilizadas e o impacto avaliado dos vários estudos é muito variado o que, no nosso entender, dificulta a sistematização dos resultados.”</p> <p>(p.1362)</p>	<p>The systematic review of literature allowed us to conclude that the approaches of the interventions used and the evaluated impact of the several studies are very varied which, in our opinion, difficult to systematize the results.</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



---

	(p.76)
--	--------

2º parágrafo - Substituí a palavra “encontrados” pela palavra “showed”, que em português significa “apresentados”.

<p>“Os resultados encontrados permitiram concluir que a VD realizada por enfermeiros ao recém-nascido/lactente/família, têm impacto positivo na saúde e bem-estar das crianças e famílias, embora os resultados específicos da família, tenham tido menos evidência, por terem sido encontrados menos estudos que os avaliassem, uma vez que a maioria dos estudos controlados randomizados os avalia separadamente.</p> <p>(p.1362)</p>	<p>The results showed that the HV performed by nurses to the newborn/infant/family has a positive impact on the health and well-being of children and families. However, the specific results of the family have had less evidence, since most of the randomized controlled trials evaluated them separately.</p> <p>(p.76)</p>
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



3º parágrafo - No português a palavra “pré-termo” é composta por justaposição e no inglês a palavra “preterm” é composta por aglutinação.

“Os resultados positivos, foram também verificados em RN pré-termo e mesmo quando oferecidos universalmente.  (p.1362)	The positive results were also verified in preterm NB and even when offered universally.  (p.76)
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------

## Artigo 3

### Introdução

1º parágrafo - Podemos verificar um fenómeno que tem um comportamento diferente em português e em inglês: os nomes dos locais em inglês aparecem com o artigo “the”.

“Este artigo resulta da tese de doutoramento do primeiro autor e centra-se nas atitudes e conceções dos professores do 2º ciclo do ensino básico,	This article derives of the doctoral thesis of the first author and it is centred in the attitudes and conceptions of Primary Education teachers (keystage 2), in
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------







7º parágrafo - Podemos verificar, logo no início, a omissão do artigo definido no plural “Os” na passagem do português para o inglês; o estrangeirismo *sine qua non* (latinismo) manteve-se na passagem para a língua alvo. Existe ainda uma palavra composta por justaposição em inglês que é “non-conservative”.

<p>“Os professores, como atores de formação sobre ES garantem as condições para o sucesso, ao envolverem-se na implementação de programas e na reorganização de contextos que fomentam a multidisciplinaridade. A concordância com a ES e com o programa a desenvolver são condição <i>sine qua non</i> para a realização da mesma. Assim, se o professor tiver uma atitude não conservadora atribuirá mais importância ao tema, desenvolvendo maior motivação para a leção e com mais facilidade de implementação dos programas.”</p> <p>(p.1150)</p>	<p>Teachers, as intervening parties in the training of SE, guarantee the requirements for success, by getting involved in the implementation of programs and in the reorganization of contexts that encourage multidisciplinary. The agreement with SE and the program to be developed are a <i>sine qua non</i> condition for its execution. If the teacher has a non-conservative attitude, he will probably give more importance to the subject, creating a higher motivation when teaching and implementing the program more easily.</p> <p>(p.84)</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

10º parágrafo - Podemos verificar a ocorrência de dois casos genitivos unidos:  
 “schools’ and teachers’ lack of will”.

<p>“No nosso país a ES tem tido um percurso difícil e moroso, muito à custa de políticas educativas pouco claras e falta de vontade das escolas e de alguns professores na efetivação da mesma.”</p> <p>(p.1151)</p>	<p>In our country SE, has had a difficult and slow journey, due to not so clear educational policies and schools’ and teachers’ lack of will to pursuit a SE.</p> <p>(p.85)</p>
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

11º parágrafo - O advérbio “futuramente” passa para substantivo e muda de posição na frase de modo a que a frase seja bem entendida em inglês.

<p>“No entanto, poucos mostraram intenções de se envolver futuramente em ações de ES nas suas escolas.”</p> <p>(p.1151)</p>	<p>However, few have shown intentions of getting involved in their school’s future SE actions.</p> <p>(p.85)</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



13º parágrafo - Podemos verificar na língua fonte uma palavra composta por justaposição “público-alvo”.

<p>“Vários estudos atestam a importância da formação dos professores nesta área e o envolvimento dos jovens na planificação dos projetos de ES nos quais serão o público-alvo.”</p> <p>(p.1151)</p>	<p>Several studies certify the importance of teacher’s training in this area, as well as the involvement of young people in the planning of SE projects.</p> <p>(p.86)</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

### Métodos

No 1º parágrafo – Verifiquei a existência de uma abreviatura “(IA)” que corresponde em inglês a “RA”: “research-action”.

<p>“A investigação encontra-se ancorada na metodologia de investigação-ação (IA).”</p> <p>(p.1152)</p>	<p>The research is anchored in the research-action methodology (RA).</p> <p>(p.86)</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------



13º parágrafo - Podemos observar uma sigla “SPSS”, mantendo-se o significado da mesma em inglês; a omissão do artigo definido “a” da passagem do português para o inglês; e, a substituição da expressão “tendo sido utilizada” por uma só palavra no gerúndio “using”, o que faz notar a economia de palavras que existe na língua inglesa.

<p>“O tratamento estatístico foi processado através do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20, tendo sido utilizada a estatística descritiva e inferencial.”</p> <p>(p.1153)</p>	<p>The statistical treatment was processed through the program Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) version 20, using descriptive and inferential statistics.</p> <p>(p.89)</p>
-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

14º parágrafo - Podemos encontrar aqui uma sigla “DGIDC” que passa no inglês a “DGICD”.

<p>“Para a aplicação dos questionários foi obtida autorização do Conselho Diretivo da Escola e da Direção Geral da Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC) registada nesta entidade com o n.º</p>	<p>Permission to apply the questionnaires was obtained from the School Board of Directors and from the General Directorate for Innovation and Curriculum Development (DGICD) – no. 0164200001.</p>
---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



---

0164200001.”	(p.89)
(p.1153)	

### Resultados

5º parágrafo – A expressão “tal” é substituída pelo pronome “it”; a palavra portuguesa “intervenientes” é traduzida por “intervenient” em vez de “participants”. Recorro à utilização do artigo *an*.

“Os três professores que afirmaram ter participado ou promovido aquele tipo de ações, um disse que tal consistiu numa aula, outro referiu uma ação extracurricular para alunos e o terceiro indicou ação ou ações no contexto da Área de Projeto. Todos os três professores consideraram que a experiência foi globalmente positiva. Dois dos professores disseram que foram	From the three teachers who claimed to have participated or promoted such actions, one said that it consisted of one class, another referred to an extracurricular action directed to students and the third indicated action or actions in the Project Area context. All three teachers considered that the experience was globally positive. Two of them informed that they are assistants to
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------







---

nas componentes letivas. Deve ser transversal, mas ter um programa definido para cada área curricular disciplinar e não disciplinar (65.4%). Planificada, de forma sistemática, em cada Conselho de Turma (69.2%).”  (p.1157-1158)	a program should exist for each disciplinary and non-disciplinary curricular area (65.4%). It should be planned, in a systematic way, by each Class Council (69.2%).  (p.98)
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

#### Discussão

1º parágrafo - Ocorro à omissão da palavra “centrou-se”, pois a frase compreende-se sem ela, substituindo-a pelo verbo “conhecer” no inglês, “to know”.

“O objetivo deste estudo centrou-se essencialmente em conhecer as conceções e práticas dos professores em relação à ES na escola, assim como avaliar os seus conhecimentos e nível de conforto na abordagem destes temas.”	The main purpose of this study was to know the concepts and practices of teachers in relation to SE in school, as well as to evaluate their knowledge and level of comfort in approaching these themes.
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



---

(p.1160)	(p.102)
----------	---------

4º parágrafo - Podemos verificar o encurtamento das frases, pois a língua inglesa quer que as frases sejam curtas e concisas.

“No nosso estudo a valorização da ES é espelhada pelas respostas dos professores, no entanto cerca de metade, não se sentia motivado para tratar os temas relacionados com a sexualidade na sala de aula. As dificuldades apontadas foram essencialmente a necessidade de apoio de técnicos especializados, a falta de diretrizes centrais claras, a falta de conhecimentos científicos necessários e a ausência de materiais didáticos. Os obstáculos didáticos parecem perpetuar-se no tempo, já em 1996, Haignere e	In our study, the value of SE is mirrored by the teachers’ responses. However, about half did not feel motivated enough to deal with issues related to sexuality in the classroom. The difficulties identified were mainly the need for support from specialized technicians, the lack of clear central guidelines, the lack of necessary scientific knowledge and the inexistence of didactic materials. The latter is not a recent problem. As early as 1996, Haignere and colleagues realized that teachers who participated in their study
------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



---

<p>colegas, constataram que os professores que participaram no seu estudo referiram a falta de materiais como o maior obstáculo à abordagem da educação para a sexualidade, seguindo-se a falta de tempo.”</p> <p>(p.1161)</p>	<p>mentioned that the lack of materials was their major obstacle to approaching sex education, the second one being the lack of time.</p> <p>(p.103)</p>
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

7º parágrafo - É omitido o artigo definido “A” e acrescenta-se o pronome reflexivo a seguir a “teacher”, ficando “consider themselves”.

<p>“A formação em ES e a existência de uma equipa de trabalho que os professores após a formação é terminante, uma vez que os professores, por si só, consideram-se agentes de formação em ES mas, por questões de insegurança, falta de à-vontade e falta de formação específica têm dificuldade em colocar em prática.”</p>	<p>Training in SE and the existence of a work team that supports teachers after training is essential. Some teachers consider themselves training agents in SE, but demonstrate feelings of insecurity, lack of comfortability and of specific training. Thus, these feelings block them to new SE actions.</p>
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------



(p.1161)	(p.104)
----------	---------



#### 4.6. GLOSSÁRIO DE TERMOS MÉDICOS E DE ENFERMAGEM

A

Abcesso (Abscess) – coleção de pus numa cavidade ou tecido, como resultado de uma infeção ou inflamação.

Acatafasia (Acataphasia) – dificuldade de expressão de ideias numa sequência lógica.

Acatalpsia (Acatalepsy) - incerteza, perda de compreensão.

Acrofobia (Acrophobia) – medo patológico da altura.

Acroniquia (Acronychia) – crescimento interno de uma unha.

Afagia (Aphagia) – incapacidade de deglutição (também designado de impacto alimentar).

Afasia (Aphasia) - incapacidade de formular um discurso coerente, devido a uma lesão ou doença cerebral.

Afonia (Aphonia) – perda da voz.

Afecção (Effects) – Doença que tem frequentes manifestações. Comoção.

Agnosia (Agnosia) – perturbação do reconhecimento de estímulos sensoriais.

Alexia (Alexia)– incapacidade de ler devido a uma lesão cerebral.



Algesia (Algesia) – sensibilidade à dor (algia é um sufixo que significa dor).

Algia (Headache) – dor de cabeça.

Álgico (Algic) – relativo à dor.

Amenorreia (Amenorrhea) – falta do período.

Anaforese (Anaphoresis) – atividade diminuída das glândulas sudoríparas.

Analgesia (Analgesia) – diminuição da sensibilidade à dor. É um sintoma em determinadas doenças como por exemplo a seringomielia.

Anasarca (Anasarca) – edema generalizado de todos os tecidos e cavidades (derrame pleural, pericárdico, ascite, edemas de decúbito e dos membros). Pode ser observado por exemplo na insuficiência cardíaca congestiva grave ou nas fases finais de insuficiência renal crónica.

Anisocoria (Anisocoria) – desigualdade do diâmetro pupilar.

Anoxia (Anoxia) – Falta ou diminuição acentuada de oxigenação do sangue, dos tecidos ou das células. Ausência de oxigénio.

Anti-sepsia (Antisepsis) – sistema que preconiza o uso dos anti-sépticos.

Anúria (Anuria) – cessação de produção da urina. Deve ser distinguida de uma retenção urinária, provocada pela incapacidade de esvaziar a bexiga.



Apatia (Apathy) – falta de atividade. Ausência de reação ao meio circundante.

Apirexia (Apyrexia) – ausência de febre.

Apneia (Apnea) – suspensão da respiração.

Arritmia (Arrhythmia) – perturbação do ritmo (geralmente do ritmo cardíaco). O aumento da frequência cardíaca durante uma inspiração profunda; é frequente em crianças.

Arteriopatia (Arteriopathy) – doença da parede arterial.

Artrodinia (Arthrodynia) – dor de uma articulação.

Astrágalo (Astragalus) – um dos ossos de um pé.

Atlas (Atlas) – primeira vértebra cervical.

Atrofia (Atrophy) – perda ou involução de uma parte do tecido, por exemplo, atrofia muscular por deficiente nutrição.

## B

Bacteremia (Bacteremia) – é a presença de bactérias na corrente sanguínea. Ex: escovar os dentes com vigor.



Behaviourismo (Behaviourism) – aproximação psicológica feita através do estudo dos padrões individuais de comportamento.

Beijo da vida (Kiss of life) – respiração boca-a-boca. Respiração artificial.

Bejel – doença da pele provocada pelo *Treponema Pallidum* (bactéria causadora da sífilis).

Bicúspide (Bicuspid) – que possui dois pontos ou duas cúspides. Ex: dentes atrás dos caninos.

Bradycardia (Bradycardia) - pulso arterial normalmente baixo (regra geral inferior a 60 pulsações por min.). Ocorre nos bloqueios cardíacos e nas lesões cerebrais. Pode obrigar à colocação de um *pacemaker*.

Bradipneia (Bradypnea) – respiração anormalmente lenta.

Broncoespasmo (Bronchospasm) – contração da musculatura dos brônquios que causa dificuldade respiratória.

Bruit – termo francês para som ou ruído, usado para caracterizar sons ouvidos na auscultação cardíaca (sopros).

Bucinador (buccinator) – é o músculo da bochecha; um dos músculos da mastigação.



C

Calcâneo (Calcaneus) – o osso do calcanhar.

Calvarium (Calvarium) – porção superior do crânio. Abóbada craniana. Calote craniana.

Caquexia (Cachexia) – estado de malnutrição crónica e de debilidade produzido como resultado de: doenças crónicas incuráveis (cancro); dieta alimentar pobre ou inexistente (velhos acamados); efeito da absorção de certas toxinas bacterianas.

Cancerofobia (Cancerophobia) – medo excessivo do cancro.

Capilurgia (Capilurgy) – a arte de destruir cabelo em excesso.

Cardite (Carditis) – inflamação do músculo cardíaco. Uma das complicações mais graves da febre reumática.

Carpo (Carpus) – articulação do punho.

Cataménia (Cathameny) – as menstruações.

*Catgut* – material preparado a partir do intestino de carneiro e utilizado em materiais de sutura e pensos.

Cefaleia (Cephalea; Headache) – dor referida à cabeça.



Centro da *linguagem* (Language centre) – a porção do cérebro que controla a linguagem.

CFP – Código Farmacêutico Português.

Cianose (Cyanosis) – Tonalidade azulada da pele e mucosas. Resulta da presença de sangue mantendo hemoglobina reduzida em excesso, como por exemplo, na insuficiência cardíaca, nas doenças respiratórias crónicas e nas doenças cardíacas congénitas.

Cíbala (Cymbal) – fezes emitidas como pequenas bolas duras.

Ciese (Cyesis) – gravidez.

Cirsóide (Cirroid) – semelhante a uma variz.

Clister (Enema)

Colemese (Cholemesis) – vômito de conteúdo biliar.

Coma (Coma)

Condrina (Condrin) – tecido cartilaginoso.

Consciência (Consciousness)



*Coping* – campo científico interdisciplinar que estuda o ser humano como unidade do corpo e da mente, ou seja, o coping é uma tentativa ou empenho para lidar com exigências externas ou internas que sobrecarregam os recursos do sujeito. Ex: stress.

D

Decúbito (Decubitus) – A posição deitada no plano horizontal. Pode ser ventral ou dorsal.

Desorientação (Disorientation)

Diástole (Diastole) – Enchimento ventricular.

Diplegia (Diplegia) – Paralisia de ambos os hemisférios.

Diplopia (Diplopia) – Visão dupla.

Disartria (Dysarthria) – Alteração na capacidade de alterar palavras ou de elaborar um discurso coerente.

Disfagia (Dysphagia) – Dificuldade na deglutição.

Dispneia (Dyspnea) – Dificuldade em respirar.

Disúria (Dysuria) – Micção dolorosa.



Diurese (Diuresis) – Fluxo de urina produzido em determinado intervalo de tempo.

Doença de Crohn (Crohn's disease) – (enterite regional) Doença inflamatória crónica do intestino que afeta sobretudo a porção terminal do intestino delgado (íleo).

Dorsal (Back) – relacionado com o dorso ou parte posterior de um órgão.

E

Edema (Edema) – acumulação anormal de líquido nos tecidos, o que leva ao aparecimento de um entumescimento flácido. O tecido tende a ser coletado nas partes inferiores, pelo efeito da gravidade.

Emese (Emesis) – vômito.

Emetropia (Emmetropia) – visão normal.

Entérico (Enteric) – intestinal.

Enurese (Enuresis) – incontinência urinária. Ex: criança na cama.

Epicantus (Epicantus) – projeção da prega nasal para o ângulo interno do olho.

Epífora (Epiphora) – excessivo fluxo de lágrimas.

Epigastralgia (Epigastralgia) – dor no epigástrico.



Epistáxis (Epistaxis; Nosebleed) – sangramento do nariz.

Esculápio (Asclepius) – patrono grego da arte de curar.

Eupneia (Eupnea) – Facilidade de respirar.

F

Fascículo (Fascicle) – pequeno feixe de fibras.

Fastigium (Fastigium) – o cimo ou o pico, por exemplo, da febre.

Fel (Fel) – bÍlis.

Fémur (Femur) – o osso da coxa.

Ferida (Wound; Injury) – lesão.

Filiforme (Stringy; Filiform) – Muito fraco, que quase não se sente. Ex: pulsação filiforme.

Flatulência (Flatulence) – a existência de gás no tubo digestivo, geralmente referida ao estômago. Pode ser produzida através da deglutição de ar ou pela fermentação dos alimentos no estômago e intestino. Os carminativos geralmente aliviam esta situação.



Foice do cérebro (Brain sickle) – a prega de *duramater* que se encontra e separa os dois hemisférios cerebrais.

Fontanela (Fontanel) – espaço mole no crânio de uma criança antes de ter ossificado completamente.

Fórceps (Forceps) – pinças cirúrgicas utilizadas para puxar o feto, em vez das mãos.

Fórmula (Recipe) – receita.

Fotalgia (Photalgy) – dor ocular provocada pela exposição à luz.

Fratura em ramo verde (Fracture) – quando o osso está fraturado na metade externa da sua superfície convexa, como num ramo verde. Observada apenas em crianças.

Frémito (Tremor) – vibração através de palpação (vibração torácica).

Frontal (Front) – relacionado com a face.

Fumigação (Fumigation) – esterilização de quartos através de vapores desinfetantes.

Furunculose (Furunculosis) – aparecimento de um ou mais furúnculos.

G

Galão (Gallon) – cinco litros.



Gastralgia (Gastralgia) – dor no estômago.

Gastrite (Gastritis) – inflamação do epitélio de revestimento do estômago.

Gastrocelelo (Gastrocele) – hérnia do estômago.

Geriatrics (Geriatrics) – estudo de doenças nos idosos.

Glabella (Glabella) – espaço triangular entre as pálpebras.

Glycemia (Glycemia) – a quantidade de açúcar normalmente encontrada no sangue é de 0,08-0,12% ou 80 a 120 mg por 100 ml de sangue. Este nº sobe pouco após a primeira refeição, mas só até 180 mg. Acima deste nº, o açúcar é eliminado da urina. A glicemia encontra-se aumentada na *diabetes mellitus*.

Glycosuria (Glycosuria) – presença de glicose na urina, um dos sintomas da *diabetes mellitus*. Por vezes é hereditário/transitório.

Glutea (Gluthea) – cada um dos três músculos que constituem a nádega e que movimentam a coxa.

Gomphosis (Gomphosis) – queda dos dentes.

Guillotine (Guillotine) – usado para extrair amígdalas (amigdalectomia).



H

Halitose (Halitosis) – hálito desagradável, nauseabundo.

Hebefrenia (Disorganized schizophrenia) – forma de esquizofrenia caracterizada por um comportamento bizarro e ideação delirante.

Hema (=) – prefixo relacionado com sangue.

Hemácia (Red blood cell) – glóbulo vermelho.

Hematémese (Hematemesis) – eliminação de sangue pela boca através do vômito, ou seja, o sangue é de origem digestiva. O sangue expelido tem a cor negra (digerido pelo suco gástrico), não coagulado, geralmente ácido e por vezes contém restos de alimentos. As causas mais frequentes são as erosões, úlceras e as neofomações malignas (tumores).

Hematúria (Haematuria) – existência de sangue na urina, que pode ser devida a lesão renal ou do aparelho urinário.

Hemi (=) – prefixo que significa metade.

Hemiplegia (Hemiplegia) – Paralisia de um lado do corpo. A lesão encontra-se sempre no lado oposto ao cérebro.



Hemoptise (Hemoptysis) – tosse através da qual é eliminado sangue do aparelho respiratório (faringe, laringe, traqueia, brônquios e pulmões).

Hemorragia cerebral (cerebral haemorrhage) – rutura de uma artéria do cérebro, devido a uma pressão arterial elevada ou a uma doença da própria artéria. Se for do lado esquerdo, pode provocar afasia, ou seja, afetar o centro que controla a fala.

Hiperglicemia (Hyperglycemia) – concentração excessiva de açúcar no sangue, ocorre na *diabetes mellitus*.

Hipertermia (Hyperthermia) – elevação da temperatura do corpo.

Hipoglicemia (Hypoglycemia) – diminuição da concentração de açúcar em circulação no sangue (abaixo dos 50 mg/%).

Hipotermia (Hypothermia) – temperature anormal corporal baixa.

I

Icterus (Icterus) – Icterícia.

Ictus (Ictus) – Acidente cerebrovascular. A.V.C.

Impregnação (Impregnation) – fecundação.



Inter (Between) – entre.

In extremis (=) – A ponto de morrer. No limite.

In situ (=) – Em posição. Localizado.

In vitro (=) – no tubo de ensaio.

Isquemia (Ischaemia) – diminuição do suprimento arterial a um órgão ou região a níveis condicionantes de lesão tecidual, ainda reversível.

J

Jejuno (Jejunum) – A porção do intestino delgado que está situada entre o duodeno e o íleo.

*Jigger* – Pulga da areia tropical, que é um parasita do homem, no qual penetra através do primeiro dedo do pé. Também chamada “matacanha” para os angolanos.

Joelho da “porteira” (gatekeeper’s knee) – inflamação da bolsa serosa da rótula, provocada pela posição de joelhos, permanente ou prolongada, sobre superfícies duras.

Jugular (Jugular vein) – veia do pescoço.



K

*Kala-azar* (=) – doença tropical transmitida entre homens pela pulga da areia, sendo provocada pela *Leishmania donovani*. Coexiste com um aumento do baço, febre e anemia.

*Klebsiella* (=) – género de bactéria responsável por infeções respiratórias graves.

*Kwashiorkor* (=) – doença caracterizada por emagrecimento, edemas generalizados, anemia e aumento da dimensão do fígado devido à falta de proteínas na dieta alimentar.

L

Labirinto (Labyrinth) – o ouvido interno.

Laceração: dilaceração (Tear) – ferida incisa, que apresenta bordos irregulares e lacrados. Não é uma ferida limpa.

Lanugo (=) – crescimento piloso que cobre um feto desde o quarto mês de gestação e que praticamente não existe num feto termo.

Lassitude (=) – sensação de fraqueza. Ex: anemias.



Lei de Mendel (Mendel's law) – teoria da hereditariedade que foi o fundamento das teorias da herança genética.

Leucopenia (Leukopenia) – redução do nº de leucócitos no sangue para níveis inferiores ou considerados normais.

Liene (Spleen) – o baço.

*Linctus* – um xarope, geralmente para a tosse.

Lipemia – presença ou excesso de gordura em circulação no sangue.

Lipotímia (Hipothymia) – estado de inconsciência temporária, da qual o doente tem perfeita consciência do seu início. Quando é de início súbito chama-se síncope.

Lise (Lise) – dissolução. Cessaçã da febre.

Lombar (Lumbar) – pertencendo à região do lombo (dorsal).

Lúmen (Lumen) – a cavidade existente no interior de um canal.

*Lupus vulgaris* – tuberculose que afeta a pele.

*Luteus* (=) – amarelo em latim.

M



Mácula (Macula) – mancha que decora a pele.

Masseter (=) – músculo facial potente responsável por determinados movimentos de mastigação do maxilar inferior.

Meato (Meatus) – abertura, orifício, passagem.

Melanina (Melanin) – pigmento de cor escura encontrado no olho, na pele e nos pêlos.

Aumentado na doença de Addison.

Melena (Melena) – fezes pastosas de cor negra e cheiro fétido, sinal de hemorragia no tubo digestivo. O sangue tem origem numa úlcera gástrica ou duodenal. Os sais de ferro coram as fezes.

Menarca (Menarche) – o início da menstruação.

Menoplegia (Menoplegia)

Meringa – a membrana do tímpano.

Mesmelismo – hipnose.

Metra – o útero.

Mialgia (Myalgia) – dor referida aos músculos.

Midríase (Mydriasis) – aumento das dimensões da pupila do olho.



Miose (Miosis) – Diminuição do diâmetro pupilar. Divisão de células diploides que origina gâmetas haploides (espermatozoide, óvulos).

*Morbus* (Disease) – doença em latim.

Mucopurulento (Mucopurulent) – possuindo muco e pus.

## N

Necropsia (Necropsy) – Autópsia. Exame *post mortem*.

Necrose (Necrosis) – morte de um tecido.

Nefroma (Nephroma) – tumor do rim.

Neuralgia (Neuralgia) – dor num nervo e suas ramificações.

Neurastenia (Neurasthenia) – exaustão nervosa.

Nictúria (Nocturia) – Volume de secreção de urina maior durante a noite do que durante o dia.

Nistagmo (Nystagmus) – oscilações involuntárias do globo ocular. Por vezes é um sintoma de doença cerebral, de doença ocular ou de lesão do ouvido interno.

Nutação (Nutation) – aceno involuntário da cabeça.



O

Occipital (Occipital) – relacionado com a região posterior da cabeça.

Occiput (Occiput) – a porção posterior da cabeça ou crânio.

Odinofagia (Odynophagia) – deglutição dolorosa.

Oligo (Oligo-) – prefixo que significa deficiência.

Oliguria (Oliguria) – diminuição da quantidade de urina produzida durante 24 horas.

Onfalite (Onfalite) – inflamação do umbigo.

Onicofagia (Onicophagy) – Hábito de roer as unhas.

Ooforite (Ooforite) – inflamação do ovário.

Orquis (Orqis) – testículos.

Osteo (Osteo-) – abertura. Orifício. O orifício de qualquer passagem tubular.

Osteoma (Osteoma) – tumor ósseo.

Ortopneia (Orthopnea) – dificuldade de respirar, em especial na posição deitada, que obriga a estar sentado ou em pé.



Otalgia (Otalgia) – dor referida ao ouvido.

Otologia (Otology) – estudo das doenças do ouvido.

P

Paraplegia (Paraplegia) – paralisia dos dois membros inferiores do corpo, geralmente acompanhada de paralisia do abdómen, bexiga e recto.

Parésia (Paresis) – paralisia.

Parenteral (Parenteral) – Quando o modo de administração é feito por qualquer via que não a oral ou a intestinal. Ex: injeção.

Pelve (Pelvis)

Pirexia (Pyrexia) – febre. Elevação da temperatura corporal.

Períneo (Perineum)

Pirose (Heartburn) – sensação de queimadura na extremidade inferior do esófago, devido à regurgitação de ácido no estômago. Azia.

Piúria (Pyuria) – Pus na urina.

Precordial (Precordial) – Relativo à região do coração. Relativo ao precórdio.



Precordialgia (Precordialgia) – Dor no coração. Dor precordial.

Prurido (Pruritus) – comichão.

Ptialismo (Ptyalism) – fluxo excessivo de saliva.

R

Rábido (Rabid) – raivoso. Que possui raiva.

Radiobiologia (Radiobiologie) – ciência que estuda os efeitos da radiação sobre os organismos vivos.

Reação (Reaction) – resposta a um estímulo.

Refratário (Refractory) – teimoso. Não aderente ao tratamento.

Regurgitação (Regurgitation) – refluxo. Retrógrado de sangue através de válvulas defeituosas do esófago para a cavidade nasal. Este ocorre quando existe uma paralisia de faringe ou do palato mole e pode ser uma das complicações de difetéria. Ex: refluxo de fluído.

Retinite (Retinitis) – inflamação na retina.

Ribonuclease (Ribonuclease) – enzima que degrada o DNA.



Rinite (Rhinitis) – inflamação da mucosa da cavidade nasal.

Rinorreia (Rhinorrhea) – corrimento eliminado da cavidade nasal.

Rizotomia (Rhizotomy) – divisão das raízes nervosas espinhais.

## S

Sarna (Scabies) – doença da pele contagiosa provocada pelo ácaro parasita *Sarcoptes Scabiei*. É altamente pruriginosa. O tratamento faz-se com benzoato de benzilo, loção que se aplica na pele durante várias semanas.

Seborreia (Seborrhea) – secreção excessiva das glândulas sebáceas.

Senescência (Senescense) – velho. Que está a sofrer um processo de envelhecimento.

Sialorreia (Sialorrhea) – Secreção excessiva ou muito abundante de saliva.

Sibilo (Wheezing) – Som de alta frequência que pode ser ouvido à auscultação pulmonar durante a respiração, por exemplo, de um indivíduo com bronquite crónica agudizada.

Síncope (Syncope) – perda súbita e completa do conhecimento. Desmaio.

Sinostose (Synostosis) – união óssea anormal de dois ossos.



Sístole (Systole) – o período no qual o coração se contrai.

Spirillum – bactéria espiralada, em forma de saca-rolhas.

Stamina – vigor físico. Potência.

T

TAC (Computerized Axial Tomography-CAT) – Tomografia Axial Computorizada. Técnica de imagem na qual podem ser observadas diferentes secções do corpo humano, utilizando equipamento sofisticado de irradiação e de análise de dados.

Taquicardia (Tachicardia) – frequência anormalmente rápida do coração (superior a 100 min.), como observado na fibrilação auricular.

Taquipneia (Tachipnea) – Respiração anormalmente rápida.

Tarsalgia (Tarsalgia) – dor referida ao pé.

Tarso (Tarsus) – conjunto dos sete ossos do pé. Estrutura cartilágnea que reveste a pálpebra.

Tenotomia (Tenotomy) – corte de um tendão.

Teste de Stanford-Binet (Stanford-Binet Test) – teste de inteligência.



Tíbia (Tibia) – o osso mais volumoso da perna, situado abaixo do joelho e acima do tornozelo.

*Tiersh* – tipo de excerto de pele no qual é utilizada a epiderme e a porção superior da derme.

Torpor (numbness) – letargia.

## U

Úlcera (Ulcer) – perda de substância de uma superfície, podendo ser supurada ou não. As úlceras podem ocorrer na pele ou nas membranas mucosas podendo ser agudas ou crónicas.

Úmero (Humerus) – O osso do braço.

Unguento (Unguent) – pomada.

Urato (Urato) – sal do ácido úrico.

Urese (Urease) – diurese.

## V



Valgus (=) – virado para fora. Ex: pé.

Vasoconstrictor (Vasoconstrictor) – diminuição do calibre de um vaso sanguíneo.

Vasodilator (Vasodilator) – Aumentador de calibre de um vaso sanguíneo.

Vernix caseosa (=) – secreções de cor esbranquiçada na face e na cabeça de um recém-nascido.

Vertex (=) – o polo saliente da cabeça de um recém-nascido.

Vertigem (Vertigo) – sensação rotatória associada à náusea.

Vesical (Bladder) – relacionado com a bexiga.

Visão curta (myopia) – miopia.

Visão longa (hyperopia) – hipermetropia.

Vitiligo (Vitiligo) – doença hereditária caracterizada por uma deficiência das células da pigmentação cutânea.

Volemia (Blood volume) – a quantidade calculada de sangue circulante em todo o corpo. É cerca de 5 litros no adulto normal.

Vómer (Vomer) – o osso do septo nasal.



X

Xantina (Xanthine) – substância nitrogenada produzida pelo corpo no metabolismo das proteínas. Por vezes é encontrada na urina.

Xantoderma (Xanthoderma) – tom amarelado da pele.

Xeroftalmia (Xerophthalmia) – ulceração da córnea decorrente da deficiência em vitamina A.

Xerose (Xerosis) – secura anormal, por exemplo, das conjuntivas e da pele.

Xerostomia (Xerostomia) – secura da boca.

Xifóide (xiphoid) – Em forma de espada. Diz-se de um apêndice que termina a parte inferior do esterno. Ex: apófise xifóide.

Z

Zigoto (Zigoto) – a célula resultante da fecundação, combinação de um óvulo com um espermatozoide.

Zonas de pressão (Pressure zones) – zonas nas quais o osso se encontra à superfície e onde é mais provável a eclosão das escaras (úlceras de pressão), devido à pressão prolongada aplicada sobre as superfícies ósseas com a consequência de um menor supri-



mento sanguíneo e a ocorrência de zonas de necrose por compressão. São causa de infecção grave, frequente em indivíduos cronicamente acamados.



## CAPÍTULO V

### CONCLUSÃO

O primeiro capítulo, o qual início com uma citação de Ítalo Calvino, é dedicado ao significado do conceito de tradução. Este conceito não tem uma definição concreta, pois são várias as definições, bem como os autores que refletem sobre a mesma. Esta, passa sempre por uma negociação entre a língua de partida e a língua de chegada, de modo a fazer transparecer a mensagem do autor do texto da língua original.

No segundo capítulo é-nos apresentada a origem da tradução, que principiou com a tradução da bíblia sagrada para o Latim, por parte de S. Jerónimo; os estudos de tradução; as estratégias e métodos de tradução (Newmark; Vinay e Darbelnet); e, por fim, os fundamentos da tradução técnica, que é caracterizada por uma pesquisa detalhada e pelos conhecimentos culturais entre ambas as línguas, bem como sobre esta vertente, a tradução na área da medicina.

No terceiro capítulo, recorro ao enquadramento histórico do Hospital S. João de Deus e da Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus, em Évora. Esta última instituição caracterizada por um modelo educativo distinto, relativo ao Processo de Bolonha.

No quarto capítulo, procedo ao enquadramento dos artigos traduzidos, onde apresento as traduções e comento. Por último, apresento a minha proposta de glossário de termos médicos e de enfermagem, acompanhados da respetiva definição e a tradução do Português para o Inglês.

Uma das coisas para o qual me chamou a atenção este trabalho foi para o facto de os pais terem um papel imprescindível na vida dos filhos, a cuidar deles, não só na saúde, mas também, na educação dos mesmos, com a ajuda dos professores, para um dia serem cidadãos bem formados e informados.

Outra das coisas que me marcou foi o facto de as visitas domiciliárias trazerem benefícios para as famílias e crianças, no sentido de torná-las em famílias melhores e de melhorar o desempenho escolar das crianças e jovens, pelo menos nas famílias mais desfavorecidas.

Finalmente, outro dos aspetos que me chamou a atenção foi que a educação sexual não se limita a chamar a atenção para o sexo, mas também passa por transmitir informação aos jovens para se prevenirem, por exemplo, de uma gravidez indesejada ou de apanharem o vírus da SIDA.



## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARAGUEZ, Raúl et al. (2000) “Diccionario del Léxico de Comercialización Turística: un instrumento de apoyo al Turismo”. In *Terminologia, Desenvolvimento e Identidade Nacional*. Lisboa: Edições Colibri. p. 151-157.

BARRENTO, João (2002). *O Poço de Babel*. Lisboa: Relógio D'Água. ISBN: 9789727087068.

Congresso Comemorativo do V Centenário da Fundação do Hospital Real do Espírito Santo de Évora (1996). In *Actas*. Évora: Hospital do Espírito Santo. ISBN: 972-97028-0-2. Depósito Legal: 101979/96.

ECO, Umberto (2005). *Dizer Quase a Mesma Coisa: Sobre a Tradução*. José Colaço Barreiros (trad.). Difel: Algés. ISBN: 972-29-0729-8.

ESESJD Centenário 1955 – 2005 (2006). In *Enfermagem & Sociedade*. Depósito Legal: 239542/06.

FONSECA, Maria do Céu; MARÇALO, Maria João (2010). *Gramática Prática da Língua Portuguesa*. Évora: Universidade de Évora. ISBN 978-972-778-106-5.

KELLNER, Douglas (1997). “Critical Theory and Cultural Studies: The Missed Articulation”. In Jim Mcguigan (ed.). *Cultural Methodologies*. Sage. London: 1997.

MORTEN, Honor (1992). *Dicionário de enfermagem*. Publicações Dom Quixote: Lisboa. ISBN 972-20-0999-0.



MUNDAY, Jeremy (2010). *Translation Studies. Handbook of Translation Studies*. ISSN 2210-4844. Vol.1, pp. 419-428.

NEWMARK, Peter (1988). *A Textbook of Translation*. Prentice Hall: RPC. ISBN: 0-13-912593-0.

Rutherford, Jonathan (1990). *The Third Space*. Interview with Homi Bhabha. In: Ders. (Hg): *Identity: Community, Culture, Difference*. London: Lawrence and Wishart, 207-221.

VENUTI, Lawrence (2000). *The Translation Studies Reader*. Psychology Press: London and New York. ISBN: 0-415-18746-X.

#### **WEBGRAFIA:**

<https://benjamins.com/online/hts/articles/tra8> [Consultado a 26/11/2018]

<http://cw.routledge.com/textbooks/translationstudies/data/samples/9780415584890.pdf> [Consultado a 15/11/2018]

[http://www.ebserh.gov.br/documents/147715/393018/PrincipaisTermosdeEnfermage\\_m.pdf](http://www.ebserh.gov.br/documents/147715/393018/PrincipaisTermosdeEnfermage_m.pdf) [Consultado a 1/8/2018]

<https://www.linguee.pt/> [Consultado a 11/9/2018]

[www.msmanuals.com](http://www.msmanuals.com) [Consultado a 1/10/2018]

[www.priberam.org](http://www.priberam.org) [Consultado a 1/10/2018]



[www.psicologia.pt](http://www.psicologia.pt) [Consultado a 1/10/2018]

[http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6169/1/ulfl114861\\_tm.pdf](http://repositorio.ul.pt/bitstream/10451/6169/1/ulfl114861_tm.pdf) (Consultado a 15/11/2018)



# ANEXOS



**Anexo I – “NECESSIDADES EM CUIDADOS DE ENFERMAGEM ÀS  
FAMÍLIAS DE CRIANÇAS COM DOENÇA CRÓNICA”**

# RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO  
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

**Necessidades em cuidados de enfermagem  
às famílias de crianças com doenças crónicas**

**Necesidades de cuidados de enfermería  
para la familia de enfermos infantiles  
con enfermedades crónicas**

**Nursing care needs for the family of  
the child with chronic illness**



Susana Evangelista Ribeiro - Enfermeira de Cuidados Gerais - Urgência Pediátrica do Centro Hospitalar de Setúbal, EPE - Hospital São Bernardo, estudante do Curso de Mestrado em Enfermagem em Associação/Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Gabriela Calado - Professora Coordenadora/Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria-Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

vol. 3 n.º 3 dezembro 2017

## resumo

Desde o nascimento de uma criança com doença crónica que alteram-se as necessidades a nível de todas as prioridades no seio familiar ou dos cuidadores principais. Uma doença crónica é uma condição que interfere com o funcionamento do dia a dia da criança e dos respetivos cuidadores. Como tal o **objetivo** desta revisão da literatura é identificar quais as necessidades em cuidados de enfermagem para com os pais/cuidadores ou família de crianças com doenças crónicas.

**Métodos:** A pesquisa foi realizada na plataforma EBSCO, sendo selecionadas todas as bases de dados disponíveis, utilizaram-se os descritores *needs, parents, pediatrics, nursing*. Tendo em conta os delimitadores de pesquisa e os critérios de inclusão e exclusão obteve-se uma amostra final de oito artigos, que foram sujeitos a análise.

**Resultados:** Os resultados obtidos surgiram de uma leitura livre dos artigos integrais selecionados da pesquisa nas bases de dados, tendo sido extraídos os resultados que abordavam as necessidades em cuidados de enfermagem para com os pais/cuidadores/família das crianças com doenças crónicas.

**Conclusões:** As famílias e ou cuidadores de crianças com doenças crónicas contornam muitos obstáculos e difíceis de ultrapassar, mas nunca desistindo porque apresentam muitas competências e poder para as enfrentar.

**Descritores:** Necessidades; enfermagem; doença crónica; pediatria.

## ABSTRACT

From the birth of a child with a chronic and/or complex disease, there is a need at an all priorities level within the family and/or the primary caregivers of these children. A chronic illness is a condition that interferes with the day-to-day functioning of the child and their caregivers. As such, the **purpose** of this integrative review is to identify the needs of nursing care for parents/caregivers or family of children with chronic or complex illnesses.

**Methods:** The research was carried out on the EBSCO platform, and all databases were selected using the descriptors *needs, parents, pediatrics and nursing*. Taking into account the research delimiters and the inclusion and exclusion criteria, a final sample of eight articles was obtained, which were analyzed.

**Results:** The results were obtained from a free reading/analysis of the articles selected from the research in the databases, leading to the extraction of results that addressed the needs of nursing care to the parents/caregivers/family of children with chronic diseases.

**Conclusions:** Families and/or caregivers of children with chronic diseases and/or complex diseases circumvent many barriers and many of them difficult to overcome, but never giving up because they have many skills and power to deal with them.

**Descriptors:** Needs; nursing; chronic disease; pediatrics.

## RESUMEN

Desde el nacimiento de un niño con una enfermedad crónica o compleja, se pone de manifiesto la necesidad de una serie de cuidados prioritarios por parte del seno familiar o de los cuidadores principales. Una enfermedad crónica es un condicionante que interfiere en el funcionamiento del día a día de estos niños y de sus respectivos cuidadores. Como tal el objetivo de esta revisión integrativa es identificar aquellas necesidades de cuidados de enfermería que requieren saber los padres/cuidadores de los niños con enfermedades crónicas o complejas.

**Métodos:** La búsqueda fue realizada en la plataforma EBSCO, siendo seleccionadas todas las bases de datos disponibles, utilizándose datos parentales, pediátricos, de enfermería. Teniendo en cuenta los delimitadores de búsqueda y los criterios de inclusión y exclusión, se obtuvieron una muestra final de datos científicos, que fueron sujetos a análisis.

**Resultados:** Los resultados obtenidos surgieron de una elección libre de dos artículos seleccionados en una búsqueda en la base de datos, habiendo sido extraídos los resultados que abordamos como las necesidades de cuidados de enfermería de los niños con enfermedades crónicas para las familias/padres/cuidadores.

**Conclusiones:** Las familias y los cuidadores de los niños con enfermedades crónicas o complejas conforman muchas barreras y muchas dificultades difíciles de traspasar, pero nunca se debe desistir porque hay muchas competencias para poder solventar estas barreras.

**Descriptores:** Necesidades; enfermeras; enfermedad crónica; pediatría.

## INTRODUÇÃO

Os avanços científicos e tecnológicos têm influenciado positivamente a diminuição nas taxas de mortalidade infantil e conseqüente o aumento da esperança média de vida de crianças com alterações do desenvolvimento ou necessidades de saúde. Com isto, é importante que o exercício profissional de enfermagem centrado na relação interpessoal de um enfermeiro e uma pessoa ou de um enfermeiro e um grupo de pessoas tenha em atenção as

principais necessidades quer da criança quer dos cuidadores. Os cuidados de enfermagem prestados por Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem são centrados na família e fomentam a parceria nos cuidados, ou seja, um modelo de cuidados de enfermagem pediátrico que reconhece os pais como parceiros ativos e valoriza as suas capacidades como prestadores de cuidados à criança/jovem<sup>(1)</sup>.

De acordo com o modelo referido que orienta a prestação de cuidados à criança e ao jovem, modelo de cuidados centrados na família<sup>(2)</sup>, esta é encarada como uma constante na vida da criança<sup>(3)</sup>. Como tal, a prestação de cuidados com vista à maximização do potencial de saúde, atendendo os recursos da família deverá começar, no âmbito dos cuidados, desde o nascimento da criança. Sendo que, é na família que as interações são estabelecidas e as relações são um elemento essencial no ambiente de crescimento e desenvolvimento da criança<sup>(4)</sup>.

As doenças crónicas estão a aumentar a um ritmo exponencial a nível mundial, sem uma diferenciação de locais ou grupos sociais. Está previsto que até ao ano de 2020 as doenças crónicas, sejam responsáveis por 78% das doenças nos países em desenvolvimento<sup>(5)</sup>. As doenças declaradas não obrigatórias como são as doenças cardiovasculares, diabetes, obesidade o cancro e as doenças respiratórias representam 59% do total de 57 milhões de mortes por ano e 46% do total de doenças, a nível mundial apresenta um impacto significativo na saúde<sup>(6)</sup>.

Os aumentos da prevalência da doença crónica bem como as necessidades implícitas de cuidados e impacto na família surgem como uma oportunidade desafiante para a intervenção do enfermeiro. Os cuidados são continuados e prolongados no tempo decorrente da condição de doença crónica, a qual pode ser definida como uma doença de evolução prolongada que implique vigilância de saúde e tratamentos específicos<sup>(1)</sup>.

Segundo Fonseca, Canavarro<sup>(a)</sup> descrevem que perante um diagnóstico de anomalia congénita, “as reacções parentais iniciais são semelhantes à resposta de luto (choque, tristeza, ansiedade, culpa e raiva), que evoluem num processo gradual de adaptação, geralmente conducente à restituição do equilíbrio emocional”. O mesmo autor refere ainda que “perante o confronto com o diagnóstico [...] o nascimento de um bebé [...] passa a ter uma tonalidade emocional predominantemente negativa” Para os pais destas crianças este diagnóstico constitui uma perda do bebé saudável e perfeito, das expectativas e de todos os projectos realizados bem como do papel parental. “esta vivência ultrapassa a intimidade familiar e passa a ser amplamente partilhada para com os profissionais de saúde”<sup>(7)</sup>.

---

(a) Fonseca, Canavarro, 2010 apud (7).

O confronto com o diagnóstico implica o reajustamento de papéis no seio familiar com implicações em diferentes aspetos, desde a vertente emocional, social, pessoal, financeira e funcional<sup>(8)</sup>. São vividos sentimentos de ansiedade, stress, revolta e depressão de acordo com padrões individuais que não podem ser generalizados<sup>(9)</sup>. Devido às próprias características da doença ou implicações, nomeadamente hospitalizações ou necessidades de tratamentos frequentes, a família depara-se com tarefas adicionais, responsabilidades e preocupações relativas aos cuidados e questões monetárias implicadas, incertezas quanto ao futuro, luto emocional, reações de preconceito ou estigmatização por parte da sociedade e isolamento social, entre outras<sup>(10)</sup>.

As intervenções de enfermagem podem começar na sinalização e promoção de apoio continuado a crianças com doença crónica e famílias, e ainda contribuir para a articulação com os diferentes intervenientes no apoio a estas crianças<sup>(11)</sup>. No âmbito dos cuidados especializados em Saúde Infantil, o enfermeiro pode especificamente intervir com o intuito de promover a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica<sup>(2)</sup>, pode assim contribuir para a realização de atividades que visem minimizar o impacto dos stressores relacionados com a situação de hospitalização ou da própria doença crónica. É ainda do escopo de ação do enfermeiro especialista a referência da criança/jovem com situações de doença crónica para instituições de suporte e cuidados especializados<sup>(1)</sup>.

Para poder cuidar de uma forma integral é necessário antes demais conhecer as necessidades em cuidados de enfermagem. Neste sentido, a revisão da literatura, enquanto método, permitirá identificar e categorizar as necessidades dos pais e cuidadores de crianças com doenças crónicas.

## MÉTODOS

Uma revisão da literatura é um método de revisão mais extenso onde se inclui literatura teórica e empírica bem como estudos com diferentes abordagens metodológicas. Tendo como finalidade sintetizar resultados alcançados em pesquisa sobre um tema, de maneira sistémica, ordenada e abrangente<sup>(12)</sup>.

A pesquisa foi realizada na plataforma EBSCO, com seleção das bases de dados disponíveis nomeadamente: CINAHL Complete; MEDLINE Complete; Nursing & Allied Health Collection: Comprehensive; Database of Abstracts of Reviews of Effects; Cochrane Central Register of Controlled Trials; Cochrane Database of Systematic Reviews; Cochrane Methodology Register; Library, Information Science & Technology Abstracts; MedicLatina; Health Technology Assessments; NHS Economic Evaluation Database.

A seleção dos artigos foi concretizada com pesquisa efetuada no dia 5 Janeiro 2017 com os descritores DeCS em idioma inglês: *needs, parents, pediatrics* e *nursing* conjugados com o operador booleano AND e delimitado por texto integral, sem limitação de campo de pesquisa, data de publicação, idioma ou faixa etária.

Enquanto critérios de inclusão estipulou-se: estudos primários sobre necessidades da família/pais/cuidadores de crianças com doenças crónicas e versarem os cuidados de enfermagem.

Como critérios de exclusão foram delineados: artigos de opinião e artigos sobre implementação de projetos (excluídos por se centrarem na metodologia de projeto e não nas necessidades dos cuidados de enfermagem).

Da pesquisa efetuada nas bases de dados mencionadas, com os descritores selecionados e tendo em conta os delimitadores de busca, obteve-se uma amostra inicial de 34 artigos. Após leitura inicial dos títulos selecionaram-se 17 artigos. Foram removidos 3 artigos por apresentarem duplicados, obtiveram-se então 14 artigos. Procedeu-se à leitura dos resumos e aplicação de critérios de inclusão/exclusão, obteve-se uma amostra final de 8 artigos sujeitos a leitura integral.

Importa ainda salientar que neste trajeto, foram seguidos os princípios éticos e preceitos deontológicos inerentes a um trabalho académico de revisão de literatura nomeadamente o princípio da integridade académica<sup>(13)</sup>.

## Resultados

Os resultados obtidos surgiram de uma leitura livre dos artigos selecionados da pesquisa nas bases de dados, tendo sido extraídos os resultados que abordavam as necessidades dos cuidados de enfermagem para com os pais/cuidadores/família das crianças com doenças crónicas. Na figura que se segue é apresentado o fluxograma da estratégia dos resultados com base nas recomendações PRISMA<sup>(14)</sup>.

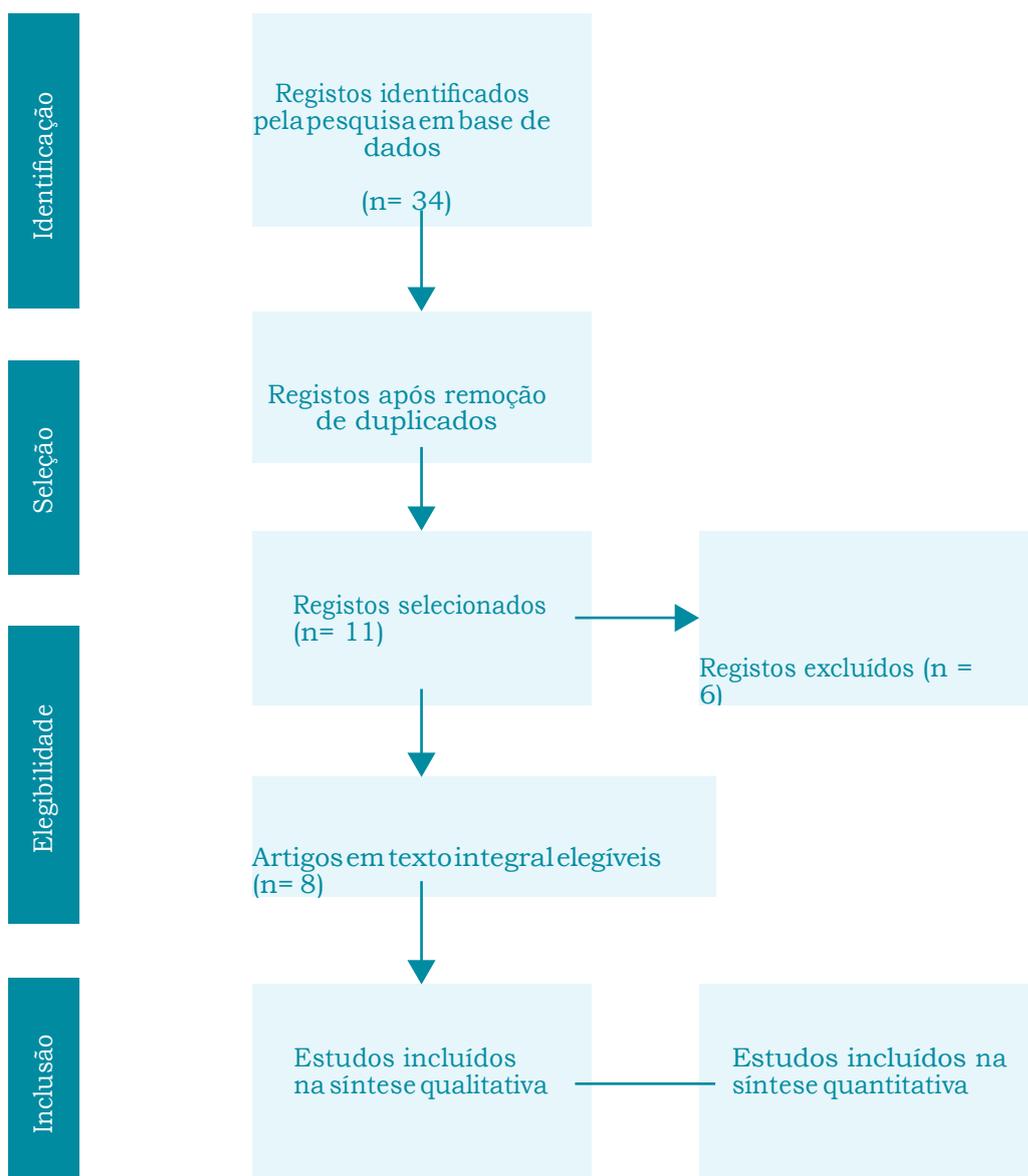


Figura 1 – Fluxograma da estratégia dos resultados.

Após a leitura integral, os principais elementos de cada artigo foram sistematizados na tabela 1 como se apresenta em seguida.

Tabela 1 - Recolha de dados dos artigos selecionados.

Autor e ano	Metodologia e Amostra	Necessidades identificadas	Nível de Evidência
Juliet S. Tan, M.D., B.A.; Sharron L. Docherty, Ph.D., CPNP; Raymond Barfield, M.D., Ph.D., and Debra H. Brandon, Ph.D., R.N., CCNS, FAAN. 2012	Método Qualitativo descritivo e longitudinal. n =72 entrevistas aos pais.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Expetativas;</li> <li>• Continuidade dos cuidados de saúde;</li> <li>• Realização de memórias;</li> <li>• Ampla rede de apoio;</li> <li>• Altruísmo.</li> </ul>	VI
Mark Whiting. 2013	Método Qualitativo por tecnica de recolha de dados por entrevistas a 34 filhos de 33 famílias. 26 só com as mães, 1 apenas com o pai, 6 com ambos e 1 incluindo o padrasto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tempo;</li> <li>• Família desordenada;</li> <li>• Múltiplas regras.</li> </ul>	VI
Ying Zhang, MinWei, Yaqing Zhang, and Nanping Shen. 2013	Método quantitativo por tecnica de recolha de dados por questionários com tecnica de análise através de estatística com recurso a SPSS e análise de Cluster. n = 388 amostra não probabilística intencional 387 cuidadores	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Fornecimento de material;</li> <li>• Suporte emocional aos membros da família.</li> </ul>	VI
Kimberly A. Allen. 2014	Método qualitativo descritivo. Revisão de literatura. n = 31 artigos	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Informação;</li> <li>• Gravidade da doença;</li> <li>• Sem opção de tratamento;</li> <li>• Interesses para a criança;</li> <li>• Religiosidade e Espiritualidade;</li> <li>• Suporte;</li> <li>• Apoio Emocional.</li> </ul>	V
N. A. Murphy; B. Christian; D. A. Caplin; P. C. Young. 2006	Método Qualitativo com o preenchimento primordial de um questionário. Em seguida procedeu-se ao método de recolha de dados por focus group através de grupos de discussão com recurso a gravações de áudio. Técnica de análise de conteúdo dos dados. n =40 cuidadores.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Stress;</li> <li>• Continuidade dos cuidados futuros;</li> <li>• Impato negativo na saúde dos cuidadores.</li> </ul>	VI
Mark Whiting. 2013	Método qualitativo recorrendo a técnica por entrevistas semiestruturadas através de conversas individuais baseadas num cronograma. 34 filhos de 33 famílias. 26 só com as mães, 1 apenas com o pai, 6 com ambos e 1 incluindo o padrasto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Diagnostico precoce da doença;</li> <li>• Factores pessoais;</li> <li>• Factores culturais;</li> <li>• Factores de personalidade.</li> </ul>	VI

Tabela 1 - Recolha de dados dos artigos selecionados.

Autor e ano	Metodologia e Amostra	Necessidades identificadas	Nível de Evidência
Mark Whiting. 2013	Método qualitativo recorrendo a técnica por entrevistas semiestruturadas através de conversas individuais baseadas num cronograma. 34 filhos de 33 famílias. 26 só com as mães, 1 apenas com o pai, 6 com ambos e 1 incluindo o padrasto.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Pessoas significativas;</li> <li>• Processos e recursos.</li> </ul>	VI
Gail M. Kieckhefer; Cristine M. Trahms; Shervin S. Churchill; Jessica N. Simpson. 2009	Estudo Descritivo transversal (questionários com análise estatística descritiva, correlacional e inferencial) n =129 pais	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Lidar com a doença/situações de agudização;</li> <li>• Estratégias de melhoria da auto eficácia;</li> <li>• Ensino estratégias de coping face à doença crónica.</li> </ul>	VI

Dos artigos seleccionados, 6 utilizam metodologia qualitativa e apenas 2 com metodologia quantitativa. Consequentemente as amostras são de pequena dimensão variando entre 31 e 72 na metodologia qualitativa e 129 e 387 na metodologia quantitativa.

O nível de evidência dos artigos é também reduzido com 7 artigos com nível VI de evidência, ou seja, evidências derivadas de um único estudo descritivo ou qualitativo e apenas 1 artigo com nível V de evidência. O que se conclui que este tema carece ainda de um maior aprofundamento ou estudo<sup>(12)</sup>.

Foram analisados os estudos e identificados fatores que influenciam as necessidades dos pais. Sendo que as necessidades encontradas nestes artigos permitem a sua categorização em 3 áreas distintas, suporte técnico, emocional e continuado, como se esquematiza na figura 2.

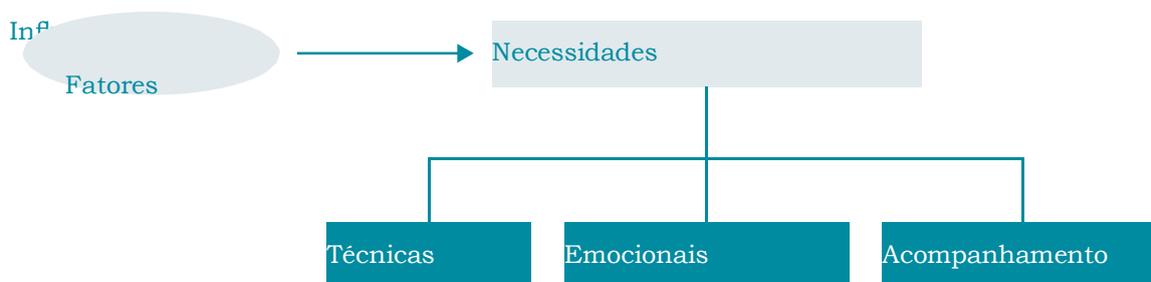


Figura 2 – Principais necessidades dos pais.

Em seguida, as necessidades de cuidados de enfermagem encontradas nos 8 artigos foram listadas e distribuídas nas 3 principais categorias como exposto tabela 2.

Tabela 2 - Subgrupos de necessidades dos pais.

	Necessidades	
Técnicas	Emocionais	Acompanhamento
Necessidade de Informação	Rede de apoio	Lidar com a criança com necessidades especiais
Apoio técnico	Stress	
Fornecimento de material e meios técnicos	Gerir família	Continuidades dos cuidados
	Estratégias de coping	Realização de memórias
		Interesses para a criança
		Diagnóstico precoce
		Altruismo
	Tempo	

## Discussão

Ao analisar os resultados obtidos, é possível verificar que as necessidades referidas pelos pais são consideradas de vários níveis e encaradas numa perspectiva direcionada para um futuro da criança e de continuidade de cuidados<sup>(15)</sup>.

Na ajuda à criança é necessário que o cuidado não seja apenas realizado de aspetos técnicos e em fornecimento de material, mas que englobe estratégias para diminuir o impacto tanto a nível físico como emocional. As consequências não atingem só a criança mas todo o seio familiar refletindo a longo prazo na qualidade de vida de toda a família<sup>(16)</sup>.

É nos primeiros anos de vida que a criança depende das ligações familiares para crescer e desenvolver-se, requerendo cuidados a todos os níveis. Isto só será possível se houver um ambiente calmo, acolhedor e afetuoso para um melhor interesse da criança a maioria dos autores reconhece que os pais ocupam um papel privilegiado no desenvolvimento das atitudes e crenças sobre saúde e doença<sup>(17-18)</sup>.

Os pais/cuidadores/família perante um diagnóstico de doença crônica iniciam um processo de risco, ou seja, encontram-se mais vulneráveis dadas as características da doença. A doença retira as forças aos pais/cuidadores/família uma vez que quando manifestadas implicam uma alteração no ritmo do dia a dia do contexto familiar<sup>(19-20)</sup>. Podendo, como referido no estudo, afetar a saúde mental e física dos cuidadores. É necessário que exista uma rede de apoio psicológica e emocional que ajude os cuidadores a ultrapassar todas as barreiras. Um dos aspetos referidos é o apoio de terceiros, ou seja, o conforto das redes sociais e do impacto das suas histórias. O apoio de pessoas amigas e de instituições é marcante para que as famílias encarem as alterações da doença com sucesso<sup>(21)</sup>. O **altruísmo**, ou seja a solidariedade ou a satisfação por situações semelhantes também é referida como uma necessidade dos pais cuidadores<sup>(21)</sup>.

Numa fase inicial quando ocorre o diagnóstico de doença crônica, é importante que exista sensibilidade na abordagem para com os cuidadores, sendo este aspecto salientado nos estudos, nomeadamente a falta de sensibilidade na primeira abordagem à doença. O diagnóstico precoce é um dos fatores que auxilia ao reajuste e equilíbrio a nível do seio familiar<sup>(8)</sup>. Também importante, são as estratégias adotadas pela família, nomeadamente as estratégias de “coping”. Estas, são formas de enfrentar os problemas ou de os confrontar. Ou seja, é um conjunto de capacidades desenvolvidas pelos pais/cuidadores ou familiares para controlar os fatores de stress decorrentes dos vários momentos de instabilidade da doença<sup>(22-23)</sup>. E este, é um ponto essencial salientado pelos pais estudados<sup>(21)</sup>.

As frequentes hospitalizações da criança surgem como um fator de stress, aspecto identificado em todos os estudos. Os pais vêm-se confrontados com outras situações, como por exemplo, cuidar de outros filhos, gerir o seio familiar ou garantir atividades escolares. Os pais descrevem a necessidade de defender a criança em todos os aspetos do dia a dia<sup>(21-22)</sup>. Sentimento de angústia, tristeza, ansiedade e medo da morte explicitam a vulnerabilidade das famílias. Por vezes a família demonstra esgotamento profundo, falta de forças físicas, mentais, espirituais, religiosas e sociais para continuar<sup>(17)</sup>. As expectativas de melhoras de vida da criança e a possibilidade de ter mais tempo de convivência com o filho surge também como necessidade. O medo de não ter tempo de vida suficiente para estar com os filhos doentes leva ao cuidador a uma exaustão física e emocional<sup>(21-15)</sup>.

## Conclusões

A presente revisão da literatura pretende contribuir para que os enfermeiros como profissionais de saúde, possam adquirir e atualizar conhecimentos tendo por base a evidência científica acerca das necessidades em cuidados de enfermagem às famílias de crianças com doenças crónicas.

A família tem um papel fundamental na vida destas crianças pois utilizam os pais como um modelo de comportamento a seguir. Após um diagnóstico de doença crónica os pais/ cuidadores/família tem que se reajustar à doença e aos cuidados que esta exige, com isto verificou-se nos vários estudos a existência de um desgaste físico e emocional por parte dos cuidadores devido a uma superproteção à criança doente e uma menor atenção aos restantes elementos familiares.

Na prática de enfermagem contactamos muitas vezes com emoções negativas relacionadas com o sofrimento da criança, sendo que é necessário que as consigamos utilizar conscienciosamente para melhorar a qualidade dos cuidados que prestamos, isto é, fazer um trabalho de níveis de acompanhamento com centralidade não só em si mas também na criança e a todo o seio familiar<sup>(24)</sup>.

## Referências Bibliográficas

1. Ordem dos Enfermeiros (PT). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa (PT): OE; (2011).
2. Ordem dos Enfermeiros (PT). Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa (PT): OE; 2010.
3. Hockenberry MJ, Wilson D. Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente. 2.<sup>a</sup> ed. Loures (PT): Lusociência; 2006.
4. Gonçalves M, Simões C. Práticas de intervenção precoce na infância: as necessidades das famílias de crianças com necessidades educativas especiais. Professoras de Educação Especial. Gestão e Desenvolvimento. 2009; (17-18): 157-174.
5. Organização Mundial de Saúde [CH]. Cuidados Inovadores para condições crónicas. Relatório Mundial. Genève (CH): OMS; 2002.

6. Organização Mundial de Saúde [US]. Prevenção de doenças crónicas: Um investimento vital. Washington [US]: OMS, Organização Pan-Americana da Saúde; 2005.
7. Ramos M, Paulo V. As implicações da Doença Crónica na Família. *Revista Almada Forma*. 2015 Jun 8; p. 45 – 9.
8. Santos S. A família da criança com doença crónica: Abordagem de algumas características. *Análise Psicológica*. 1998; 1(XVI): 65-75.
9. Barros L. *Psicologia Pediátrica: Perspectiva desenvolvimentista*. 2.<sup>a</sup> ed. Lisboa [PT]: Climepsi Editores; 2003.
10. Hockenberry MJ, Wilson D. Wong: *Enfermagem da Criança e do Adolescente*. 9.<sup>a</sup> ed. Loures [PT]: Lusociência; 2014.
11. Direção-Geral da Saúde [PT]. *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa [PT]: Ministério da Saúde; 2013.
12. Melnyk BM, Fineout-Overholt E. Making the case for evidence: based practice. In: Melnyk BM, Fineout - Overholt E. *Evidence - Based practice in nursing & healthcare. A guide to best practice*. Philadelphia: Lippincot Wilkins; 2005, p.3-24.
13. Nunes L. *Considerações éticas a atender nos trabalhos de investigação académica de enfermagem*. Setúbal [PT]: Departamento de Enfermagem ESS/IPS; 2013.
14. Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. *PLoS Med*. 2009; 6(7 e1000097). <http://dx.plos.org/10.1371/journal.pmed.1000097>.
15. Whiting M. Children with disability and complex health needs: the impact on family life. *Nursing Children & Young People*. 2014; 26(3): 26-30.
16. Kieckhefer GM, Trahms CM, Churchill SS, Simpson JN. Measuring Parent-Child Shared Management of Chronic Illness. *Pediatric Nursing*. 2009; 35(2), 101-127.
17. Allen KA. Parental decision-making for medically complex infants and children: An integrated literature review. *International Journal of Nursing Studies*. 2014 51(9): 1289-1304. <https://doi.org/10.1016/j.ijnurstu.2014.02.003>.
18. Whiting M. Support requirements of parents caring for a child with disability and complex health needs. *Nursing Children & Young People*. 2014; 26(4): 24-27.

**Necessidades em cuidados de enfermagem às famílias de crianças com doenças crónicas**

19. Oliveira BR, Collet N. Criança hospitalizada: Percepção das mães sobre o vínculo afetivo criança - família. *Revista Latino-Americana de enfermagem*. 1999; 7(5): 95-102.
20. Zhang Y, Wei M, Zhang Y, Shen N. Chinese family management of chronic childhood conditions: A cluster analysis. *Journal for Specialists in Pediatric Nursing*. 2014; 19(1): 39- 53. DOI: 10.1111/jspn.12046.
21. Whiting M. What it means to be the parent of a child with a disability or complex health need. *Nursing Children & Young People*. 2014; 26(5): 26-29.
22. Murphy NA, Christian B, Caplin DA, Young PC. The health of caregivers for children with disabilities: caregiver perspectives. *Child: Care, Health & Development*. 2007; 33(2): 180-187. DOI: 10.1111/j.1365-2214.2006.00644.x.
23. Contim D, Chaud MN, Fonseca AS. As questões familiares e a criança e o adolescente com doença crônica: um estudo de revisão bibliográfica. *Nursing (São Paulo, Brasil)*. 2005; 8(85): 267-271.
24. Smith PE. *Emotional labour of nursing revisited: Can nurses still care?* 2ª ed. Hampshire (UK): Palgrave Macmillan; 2012.

**Correspondência:** [mcalado@uevora.pt](mailto:mcalado@uevora.pt)

**Anexo II – “IMPACTO DA VISITA DOMICILIÁRIA DE ENFERMAGEM AO RECÉM-NASCIDO/LACTENTE/FAMÍLIA: UMA REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA”**

# RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO  
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

**Impacto da Visita domiciliária de Enfermagem ao recém-nascido/lactente/família:**  
uma revisão sistemática da literatura

**Impacto de la visita domiciliaria de enfermería al recién nacido/lactante/familia:**  
una revisión sistemática de la literatura

**Impact of the Nursing Home Visit to the newborn/ infant/family:**  
a systematic review of the literature

Vera Branca - Licenciada em Enfermagem pela Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus, Enfermeira na USF Foral de Montemor-o-Novo

Maria Gabriela Calado - Professora Coordenadora na Universidade de Évora, Escola Superior de Enfermagem São João de Deus

VOL. 4 N.º 1 ABRIL 2018

## Resumo

---

**Objetivo:** Identificar qual o impacto da visita domiciliária ao recém-nascido/lactente/família, quando realizada por enfermeiros, na saúde e bem-estar da criança e família.

**Metodologia:** Foi realizada uma revisão sistemática da literatura seguindo-se a metodologia do Joanna Briggs Institute, com base numa pesquisa na plataforma EBSCO, pubmed e referências bibliográficas dos artigos encontrados, com o friso cronológico 2010 e 2017. Foram incluídos estudos randomizados controlados que avaliavam o impacto da visita domiciliária de enfermagem realizada quando eram recém-nascidos/lactentes, na saúde e bem-estar da criança e família, em crianças/adolescentes/famílias.

**Resultados:** Foram selecionados 11 artigos, estudos randomizados controlados, 7 experimental e 4 follow-up. O processo de sistematização dos dados foi realizado com recurso a tabelas que permitiram facilitar a análise dos estudos. Foram encontrados estudos que avaliam o impacto da realização de visita domiciliária ao recém-nascido/lactente/família a curto (2) e longo (9) prazo, desenvolvidos com grande heterogeneidade na intervenção da visita domiciliária realizada e impactos avaliados, mas os resultados evidenciam ganhos na saúde e bem-estar das crianças e famílias.

**Conclusões:** Evidencia-se com os resultados encontrados que a visita domiciliária de ao recém-nascido/lactente/família, realizada por enfermeiros, tem impacto positivo na saúde e bem-estar de criança e família.

**Descritores:** Visita domiciliária de enfermagem; recém-nascido/lactente/família; saúde e bem-estar da criança/família; revisão Sistemática da literatura.

## Abstract

---

**Objective:** To identify the impact of the home visit to the newborn/infant/family, when performed by nurses, on the health and well-being of the child and family.

**Methodology:** A systematic review of the literature was carried out following the Joanna Briggs Institute methodology, based on a research on the EBSCO and pubmed platform, and bibliographical references of the articles found, with the chronological frieze 2010 and 2017. Were included Randomized controlled trials evaluating the impact of the home visit of nursing performed when they were newborns/infants, in the health and well-being of the child and family, in children/adolescents/families.

**Results:** We selected 11 articles, randomized controlled trials, 7 experimental and 4 follow-up. The data systematization process was carried out using tables that facilitated

the analysis of the studies. We have found studies that evaluate the impact of the home visit to the newborn/infant/family in the short (2) and long (9) term, developed with great heterogeneity in the intervention of the home visit performed and evaluated impacts, but the results show gains in the well-being of children and families.

**Conclusions:** It is evident from the results found that the home visit of the newborn/infant/family, performed by nurses, has a positive impact on the health and well-being of the child and the family.

**Keywords:** Nursing home visit; newborn/infant/family; child/family health and well-being; systematic review of the literature.

## Resumen

---

**Objetivo:** Identificar cuál es el impacto de la visita domiciliaria al recién nacido/lactante/familia, cuando realizada por enfermeros, en la salud y el bienestar del niño y la familia. **Metodología:** Se realizó una revisión sistemática de la literatura siguiendo la metodología del Joanna Briggs Institute, con base en una investigación en la plataforma EBSCO, pubmed y referencias bibliográficas de los artículos encontrados, con el friso cronológico 2010 y 2017. Se incluyeron estudios randomizados controlados que evaluaban el impacto de la visita domiciliaria de enfermería realizada cuando eran recién nacidos/lactantes, en la salud y bienestar del niño y la familia, en niños/adolescentes/familias.

**Resultados:** Se seleccionaron 11 artículos, estudios aleatorizados controlados, 7 experimental y 4 seguimiento. El proceso de sistematización de los datos fue realizado con recurso a tablas que permitieron facilitar el análisis de los estudios. Se encontraron estudios que evalúan el impacto de la realización de visita domiciliaria al recién nacido/lactante/familia a corto (2) y largo (9) plazo, desarrollados con gran heterogeneidad en la intervención de la visita domiciliaria realizada e impactos evaluados, pero los resultados evidencian las ganancias en la salud y el bienestar de los niños y las familias.

**Conclusiones:** Se evidencia con los resultados encontrados que la visita domiciliaria del recién nacido/lactante/familia, realizada por enfermeros, tiene impacto positivo en la salud y bienestar de niño y familia.

**Descriptores:** Visita domiciliaria de enfermería; recién nacido/lactante/familia; salud y bienestar del niño/familia; revisión sistemática de la literatura.

## Introdução

---

O desenvolvimento da primeira infância é o alicerce essencial para o sucesso em muitas áreas da vida, como o bem-estar físico, a competência em alfabetização, a criminalidade e a participação social e económica, ao longo do curso de vida. O que acontece com a criança nos primeiros anos de vida é crucial para o percurso do desenvolvimento e o ciclo de vida da criança<sup>(1)</sup>.

Os resultados da saúde e do desenvolvimento das crianças dependem principalmente, das capacidades das famílias para proporcionar um ambiente seguro para os seus bebés e crianças pequenas. Infelizmente, muitas famílias têm conhecimentos insuficientes sobre habilidades parentais e um sistema de apoio inadequado de amigos, família extensa ou profissionais para ajudá-los ou aconselhá-los a cuidar das crianças<sup>(2)</sup>. O período pós-parto é um período de stress fisiológico e psicológico significativo, devido à imposição de novas aprendizagens, de consolidação da identidade familiar e de estabelecimento de novos laços afetivos<sup>(3)</sup>.

A visita domiciliária (VD) às famílias é uma estratégia de intervenção precoce em muitas nações industrializadas podendo ser gratuita, voluntária e integrada no sistema abrangente de saúde materna e infantil. Está profundamente enraizada na história, com referências aos tempos isabelinos na Inglaterra e aprovada como uma estratégia de Florence Nightingale no século XIX. No último quarto do século 20, foi cada vez mais utilizada como estratégia de prevenção de abuso e negligência infantil, promoção do desenvolvimento da criança e eficácia parental e redução das disparidades de saúde<sup>(2)</sup>.

A VD pode fornecer uma série de apoios para as famílias, a fim de obter resultados tais como, o estabelecimento de relações fortes entre os pais e seus filhos, ambientes domésticos mais seguros e mais estimulantes para crianças e, conseqüentemente, bem-estar infantil e aproveitamento escolar. Os serviços de visita domiciliária podem também promover o conhecimento dos pais sobre o desenvolvimento da criança, o bem-estar dos pais e a autossuficiência familiar<sup>(4)</sup>. Realizar a intervenção em casa oferece mais oportunidades para promover o envolvimento de toda a família, serviço personalizado, atenção individual e construção de relacionamento<sup>(5)</sup>.

Ao envolver as famílias em programas de VD, durante o período pré-natal ou início da infância, a maioria até ao final da idade lactente, pretende-se melhorar as trajetórias de desenvolvimento a longo prazo das crianças, promovendo as habilidades parentais, apoio social, gestão de problemas e o acesso a serviços comunitários e de saúde<sup>(6)</sup>.

As diretrizes internacionais reforçam a necessidade de cuidados e acompanhamento pós-parto. A VD ao recém-nascido e sua família é defendida pela Organização Mundial de Saúde (OMS) e pela Unicef na declaração conjunta, onde afirmam que a mãe e o recém-nascido (RN) precisam de atenção no período imediatamente após o nascimento e afirmam também que os estudos mostram que as intervenções baseadas em cuidados ao recém-nascido em casa, pode evitar entre 30 e 60 por cento das mortes neonatais em ambientes onde a mortalidade é alta<sup>(7)</sup>.

O termo VD é usado de forma diferente em contextos variados, refere-se a uma estratégia baseada em evidências, em que um profissional ou paraprofissional (leigo treinado, mas não licenciado) presta um serviço numa comunidade ou numa casa particular. A VD também se refere à variedade de programas que utilizam visitantes domésticos (membros da comunidade) como forma de tornar o serviço abrangente<sup>(8)</sup>.

Segundo Martin “O enfermeiro é o profissional de saúde com melhores condições para desenvolver o seu trabalho no contacto direto com a comunidade, para valorizar o ambiente familiar, o relacionamento entre pais e recém-nascidos desde o primeiro momento (...) o enfermeiro sabe avaliar e como atuar sobre fatores ambientais nocivos ou benéficos, que rodeiam a criança e como reduzi-los, no primeiro caso, ou reforçá-los, no segundo”<sup>(9)</sup>.

A VD é uma estratégia que permite a aproximação ao domicílio do utente e da sua família permitindo aos profissionais de saúde, neste caso os enfermeiros, conhecer o seu meio físico e psicossocial<sup>(10)</sup>. Quando ocorrem situações de transição na vida das pessoas, “os enfermeiros são os cuidadores principais do cliente/família e estão atentos às mudanças e ao impacto nas suas vidas, ajudando-os no processo de transição através da aprendizagem e aquisição de competências”<sup>(11)</sup>.

De acordo com o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, a atribuição do título profissional de enfermeiro reconhece competência científica, técnica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais ao indivíduo, à família e à comunidade, nos diferentes níveis de prevenção, onde se inclui a VD<sup>(12)</sup>. Reconhece ao enfermeiro especialista competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados gerais, cuidados de enfermagem especializados na área clínica da sua especialidade<sup>(13)</sup>. Cada enfermeiro especialista tem objetivos diferentes, no que se refere à realização de VD à puérpera e recém-nascido, ou seja, considerando as competências específicas dos Enfermeiros especialistas em enfermagem de saúde materna e obstétrica e de saúde infantil e pediátrica, a visita domiciliária à puérpera e ao RN, não é exclusivamente de nenhuma e pode situar-se na esfera de ação do enfermeiro especialista em saúde familiar, quando existir<sup>(14)</sup>.

A eficácia VD realizadas por enfermeiros, para melhorar os resultados de saúde e bem-estar materna e infantil, foi relatada anteriormente em estudos internacionais e revisões sistemáticas, contudo apesar desta evidência, nos achados mais recentes a maioria das revisões sistemáticas encontradas generalizam a intervenção (enfermeiros, paraprofissionais e visitantes domésticos) e os benefícios da mesma.

Verificamos com a pesquisa efetuada, que em Portugal não existe em grande investimento na implementação desta prática de cuidados. Ao analisar esta evidência, propomos a realizar esta revisão sistemática que tem como objetivo, identificar a literatura existente que demonstre o impacto da visita domiciliária ao recém-nascido/lactente e família, quando realizada por enfermeiros, na saúde e bem-estar da criança e família, de acordo com os achados mais recentes.

## Metodologia

---

Com o objetivo de identificar e sistematizar as melhores evidências sobre a temática, recorremos aos princípios de uma Revisão Sistemática da Literatura de análise descritiva. As revisões sistemáticas têm como objetivo a análise da viabilidade, adequação, significado e eficácia das intervenções de cuidados de saúde<sup>(15)</sup>. Esta revisão seguiu a metodologia indicada no Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual.

Tendo em conta o objetivo definido, foi utilizada a estratégia PICOS, para a elaboração da questão de partida, e para a definição dos critérios de inclusão e exclusão na seleção dos artigos. Definiu-se como P - Recém-nascido/lactente e família, I - Visita domiciliária de Enfermagem, C - Ausência de visita domiciliária, realização da visita domiciliária por outros técnicos ou diferentes metodologias de realização de visita domiciliária de enfermagem, O - Impacto na saúde e bem-estar da criança e família, e S - Ensaios Clínicos Controlados Randomizados, estabelecendo-se como pergunta de partida: Qual o impacto da visita domiciliária de enfermagem ao recém-nascido/lactente e família na saúde e bem-estar da criança e família?

Foi utilizada uma estratégia de pesquisa para identificação dos artigos em três passos. Foi realizada inicialmente uma pesquisa na plataforma de bases on-line, EBSCO e Pubmed, durante o mês de dezembro de 2017. Partindo do descritor MeSH Browser, organizamos as palavras-chave com a adição dos operadores booleano AND e OR, sendo eles: Home Visit AND Nurse AND Newborn, e Home Visit AND Nurse OR Home Nursing OR Home Visitation AND Newborn OR Infant AND Family, e Home Visit AND

Nurse AND Newborn OR Infant AND Impact AND Child well-being OR Child health OR Parenting, e Home Nursing AND Impact AND Child well-being e Home Nursing AND Impact AND Child health e Home Nursing AND Impact AND Parenting. Posteriormente, foram analisadas as referências bibliográficas de todos os artigos identificados para identificar estudos adicionais. E por fim foi realizada nova pesquisa nas bases de dados com o as palavras chave Nurse AND Family AND Partnerchip. Foram considerados para inclusão nesta revisão estudos escritos em Inglês e gratuitos, disponíveis em texto completo PDF (Free full text). A estratégia de pesquisa abrangeu o período entre janeiro de 2010 e dezembro de 2017.

Definiram-se como critérios de inclusão, artigos em que o tipo de participantes sejam crianças e famílias que foram alvo de visita domiciliária de enfermagem quando eram recém-nascidos/lactentes, em que o tipo de intervenção/fenómeno de interesse seja a visita domiciliária de enfermagem, o tipo de outcomes seja o impacto na saúde e bem-estar da criança e família, e que o tipo de estudo seja um ensaio clínico controlado randomizado. Foi considerado como critério de exclusão, artigos em que os Outcomes se focavam apenas numa área específica da saúde e do bem-estar da criança e Família.

A qualidade dos estudos foi analisada por dois revisores, de acordo com a escala MASTARI critical appraisal tools Randomized Control/Pseudo-randomized Trial de Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual<sup>(15)</sup>.

## Resultados

---

De acordo com a estratégia definida, a pesquisa efetuada nas bases de dados, resultou em 126 artigos na EBSCO e 58 na PUBMED, potencialmente relevantes, tendo sido excluídos 12 por se encontrarem duplicados. Foi realizada a leitura dos títulos e definidos os critérios de inclusão, sendo os resultados obtidos após esta seleção, 24 artigos na EBSCO e 31 na PUBMED. Posteriormente, procedeu-se à leitura dos resumos ficando 33 artigos para serem analisados na íntegra, tendo os restantes sido excluídos por serem revisões sistemáticas e não se incluírem nos critérios de inclusão. Foram também analisados na íntegra 8 estudos identificados nas referências bibliográficas desses trabalhos. Após esta análise e em conformidade com os objetivos e critérios de inclusão e exclusão inicialmente definidos, foram selecionados 9 estudos das bases de dados e 2 das referências bibliográficas dos artigos analisados, que integram esta revisão.

O processo de extração e síntese dos dados foi realizado com recurso a tabela que permitiu facilitar a análise dos estudos, a qual contemplava os seguintes aspetos: identificação do estudo, país e data, objetivo do estudo, desenho do estudo, número e tipo de participantes, resultados e principais conclusões.

Os estudos analisados foram desenvolvidos em diferentes países e estão distribuídos da seguinte forma: Estados Unidos da América (EUA) (7 estudos), Austrália, Irão, Holanda e Reino Unido (1 estudo cada).

No que concerne à abordagem metodológica dos estudos analisados, do total dos onze estudos encontrados todos apresentam metodologia quantitativa e são estudos randomizados controlados, sete Experimental e quatro follow up.

A amostra dos estudos é constituída por crianças/jovens e famílias que foram alvo de visita domiciliária de enfermagem quando eram recém-nascidos/lactentes. Foram encontrados estudos que avaliam o impacto da VD ao RN/Lactente/Família, a curto (dois) e longo prazo (nove). Dos estudos encontrados nove avaliam o impacto da VD realizada por enfermeiros, no bem-estar da criança e família (seis) e só bem-estar das crianças (cinco).

Com o intuito de melhor compreender e visualizar os resultados obtidos, foram elaboradas três tabelas, que apresentam as características dos estudos selecionados segundo, autor e ano de realização, país de origem, amostra, desenho e objetivo do estudo, tipo de intervenção e resultados, e que foram agrupados de acordo com o tipo de intervenção, nomeadamente, VD realizada por enfermeiros e por outros profissionais (tabela 1), VD realizada por enfermeiros de acordo com o programa Nurse Family Partnerchip (tabela 2) e VD Realizada por Enfermeiros (tabela 3).

Tabela 1 - Características metodológicas dos estudos selecionados e principais resultados.  
(VD realizada por enfermeiros e por outros profissionais).

Autor/Ano	País	Amostra	Desenho do Estudo	Objetivo do Estudo	Tipo de Intervenção
Meghea C, Zhu B, Raffo J, <i>et al.</i> Infant health effects of a nurse community health worker home visitation programme: a randomized controlled trial. (E16) (2012)	EUA	613 grávidas e RN, desfavorecidas e jovens, 307 grupo de intervenção e 306 grupo de controlo.	- Estudo Quantitativo - Quase Experimental - Ensaio controlado randomizado - Avaliação aos 12 meses com entrevistas e questionários e consulta registos de saúde infantil.	Testar se crianças a quem foi realizada VD, por uma equipa de enfermeiros e trabalhadores comunitários de saúde tiveram melhores resultados de saúde nos primeiros 12 meses da vida do que as crianças do grupo com VD realizadas só por enfermeiros.	Mulheres no grupo controlo recebeu uma média de 8 VD de enfermagem, (cinco pós-natal), enquanto o grupo de intervenção recebeu uma média de 24 VD de enfermagem e trabalhadores comunitários (13 pós-natal) durante a intervenção.
<p>Resultados - A intervenção com trabalhadores comunitários de saúde não melhorou a saúde infantil no geral na perspectiva da mãe e não ofereceram vantagens adicionais na melhoria dos resultados específicos de saúde infantil, incluindo condição de doença infantil e imunizações, e redução da hospitalização e visitas aos serviços de emergência. Também não teve efeitos mais fortes na saúde de crianças nascidas de mães com baixos recursos psicossociais e situações de stress.</p>					
Olds D, Holmberg J, Donelan-McCall N, <i>et al.</i> Effects of Home Visits by Paraprofessionals and by Nurses on Children: Age-Six and Nine Follow-Up of a Randomized Trial. (E17) (2014)	EUA	735 grávidas e RN, de poucos recursos económicos. 255 no grupo 1, 245 no grupo 2 e 235 no grupo 3.	- Estudo quantitativo - Follow up - Ensaio controlado randomizado - Avaliação aos 6 e 9 anos com entrevistas, observações e testes psicológicos de comportamento e questionários de mães e professores.	Examinar o impacto da visita domiciliar pré-natal e da infância/ criança realizada por paraprofissionais e por enfermeiros de acordo com o programa Nurse Family Partnerchip (NFP) sobre o desenvolvimento infantil na criança de 6 e 9 anos.	Grupo 1 receberam rastreio de desenvolvimento infantil gratuito e encaminhamento até aos 24 meses de idade. As mulheres no grupo 2 e 3 receberam os cuidados oferecidos ao grupo 1 e VD realizada por paraprofissional (grupo 2) e enfermeiros (grupo 3) durante a gravidez e os 2 primeiros anos de vida da criança.
<p>Resultados - Na intervenção realizada por paraprofissionais não houve efeitos estatístico significativos sobre os problemas emocionais/comportamentais, mas as crianças nascidas de mães com poucos recursos psicológicos, no entanto, apresentaram menos erros na atenção visual/troca de tarefas aos 9 anos. - As crianças visitadas pelas enfermeiras tiveram menos problemas emocionais/comportamentais totais aos 6 anos, distúrbios psiquiátricos e défices de atenção aos 9 anos. As crianças nascidas de mães de recursos baixos, apresentaram melhor índice de linguagem em média aos 2, 4 e 6 anos e na atenção sustentada aos 4, 6 e 9 anos. Não houve efeitos significativos sobre os problemas de comportamento agressivo, funcionamento intelectual e o desempenho académico.</p>					

Tabela 2 - Características metodológicas dos estudos selecionados e principais resultados.  
(VD realizada por enfermeiros de acordo com o programa Nurse Family Partnerchip)

Autor/Ano	País	Amostra	Desenho do Estudo	Objetivo do Estudo	Tipo de Intervenção
Kitzman H, Olds D, Cole R, <i>et al.</i> Enduring Effects of Prenatal and Infancy Home Visiting by Nurses on Children. <sup>(E3)</sup> (2010)	EUA	Crianças primogênicas de 12 anos (N = 613) filhos de mulheres principalmente afro-americanas economicamente desfavorecidas (N = 743 randomizadas durante a gravidez).	- Estudo Quantitativo - Ensaio randomizado controlado - Follow up - Avaliação aos 12 anos com entrevistas às mães e crianças, aplicação de escalas de avaliação e relatórios dos professores para avaliar comportamento, e consulta dos registos de saúde infantil.	Testar o efeito das VD pré-natais e infantis, realizadas por enfermeiras, sobre o uso de substâncias, ajuste comportamental e realização académica, em crianças de 12 anos de idade.	As mulheres no grupo de intervenção receberam os mesmos serviços que os do grupo controle, além da VD pré (7) e pós-natal (26) até ao segundo aniversário da criança. As mulheres do grupo de controle receberam os cuidados habituais com vigilância de saúde da gravidez e do RN.

**Resultados**

- As crianças visitadas por enfermeiros, utilizaram menos tabaco, álcool ou droga, ou quando usaram fizeram-no em menor quantidade e em menos dias, relataram menos distúrbios psicológicos/psiquiátricos, tiveram melhores resultados de testes de realização de leitura e matemática aos 12 anos. Não houve efeitos estatisticamente significantes do programa sobre a capacidade de concentração das crianças, os problemas comportamentais e o aproveitamento escolar.
- A colocação da criança em educação especial e a retenção escolar foi menos significativa no grupo de controle, mas analisando a amostra as mães apresentavam mais recursos económicos e sociais do que as do grupo de intervenção.

Tabela 2 - Características metodológicas dos estudos selecionados e principais resultados.  
(VD realizada por enfermeiros de acordo com o programa Nurse Family Partnerchip)

Autor/Ano	País	Amostra	Desenho do Estudo	Objetivo do Estudo	Tipo de Intervenção
Eckenrode J, Campa M, Luckey D, <i>et al.</i> Long-term Effects of Prenatal and Infancy Nurse Home Visitation on the Life Course of Youths. <sup>(E4)</sup> (2010)	EUA	Trezentos e dez (78%) jovens de 19 anos das 400 famílias inscritas no programa NFP. As mães selecionadas eram primíparas e jovens (19 anos), solteira ou de baixo nível socioeconômico.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudo quantitativo</li> <li>- Ensaio randomizado controlado</li> <li>- Follow up</li> <li>- Avaliação aos 19 anos com entrevistas aos jovens.</li> </ul>	Examinar o efeito da VD de enfermagem pré-natal e infantil sobre o desenvolvimento do curso de vida de jovens de 19 anos.	<p>Famílias do grupo controle receberam cuidados de vigilância de saúde pré-natal e de saúde infantil em consulta até aos dois anos de vida, foi avaliado o desenvolvimento e encaminhado para tratamento quando foi detetada alguma alteração</p> <p>As famílias no grupo de intervenção receberam os mesmos serviços do grupo de controle, mas também receberam uma enfermeira que os visitou em casa durante a gravidez (9) e pós-parto até ao segundo aniversário da criança (24).</p>

**Resultados** - As meninas do grupo de intervenção foram menos vezes presas e condenadas e tiveram menos prisões e condenações ao longo da vida e condenações. As crianças nascidas de mães solteiras e de baixa rendimentos tiveram menos filhos e utilizaram menos o Medicaid do que suas contrapartes do grupo de comparação. Para os meninos, a probabilidade de ocorrer uma prisão aumentou substancialmente para grupos de intervenção e controle após 12 anos de idade. Embora o padrão de resultados seja consistente com os efeitos de intervenção em detenções e condenações encontrado aos 15 anos, não tinham sido encontradas diferenças significativas de sexo nesses resultados. Não foram encontrados efeitos noutros aspetos avaliados da vida dos jovens, como estilos de vida e aproveitamento académico.

Tabela 2 - Características metodológicas dos estudos selecionados e principais resultados.  
(VD realizada por enfermeiros de acordo com o programa Nurse Family Partnerchip)

Autor/Ano	País	Amostra	Desenho do Estudo	Objetivo do Estudo	Tipo de Intervenção
Mejdoubi J, Heijkant S, Leerdam F, <i>et al.</i> The Effect of VoorZorg, the Dutch Nurse-Family Partnership, on Child Maltreatment and Development: A Randomized Controlled Trial. <sup>(E5)</sup> (2015)	Holanda	223 mulheres e filhos, desfavorecidas, primíparas e com menos de 26 anos de idade como grupo controle e 237 como grupo de intervenção com as mesmas características.	- Estudo quantitativo - Quase Experimental - Ensaio controlado randomizado - Avaliação os 18 e 24 meses com consultas dos registos de casos de maus-tratos, entrevistas aos pais e aplicação de escalas de avaliação.	Descrever a eficácia do VoorZorg, que é a adaptação holandesa do NFP.	As mulheres do grupo controle receberam os cuidados habituais, ou seja, vigilância de saúde infantil em consulta e duas VD realizadas por enfermeira especialista em pediatria, na primeira e segunda semana pós-parto. As mulheres do grupo de intervenção receberam o cuidado usual e 10 VD durante a gravidez, e 40 no primeiro e segundo ano da vida da criança por enfermeiros treinados e experientes.

**Resultados** Três anos após o nascimento, 19% das crianças do grupo controle apresentaram um relatório de um Centro de assistência ao abuso infantil, as 11% das crianças no grupo de intervenção foram significativamente menores. Dos 6 a 18 meses, os scores totais de avaliação do ambiente em casa aumentaram nos dois grupos. Aos 24 meses, o grupo de intervenção obteve resultados significativamente melhores na avaliação do ambiente em casa. Aos 24 meses após o nascimento, as crianças do grupo de intervenção apresentaram uma melhoria significativa nos distúrbios psiquiátricos, mas nenhuma evidência de diferença do grupo controle nos comportamentos agressivos.

Tabela 2 - Características metodológicas dos estudos selecionados e principais resultados.  
(VD realizada por enfermeiros de acordo com o programa Nurse Family Partnerchip)

Autor/Ano	País	Amostra	Desenho do Estudo	Objetivo do Estudo	Tipo de Intervenção
Robling, M. Bekkers MJ, Bell K, <i>et al.</i> Effectiveness of a nurse-led intensive home-visitation programme for first-time teenage mothers (Building Blocks): a pragmatic randomised controlled trial. <sup>(E6)</sup> (2015)	Reino Unido	Nulíparas e filhos com idade igual ou inferior a 19 anos, 823 mulheres foram aleatoriamente designadas para receber FNP e 822 para cuidados habituais.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudo quantitativo</li> <li>- Quase Experimental</li> <li>- Ensaio controlado randomizado</li> <li>- Avaliação aos 12, 18 e 24 meses com consulta dos registos de saúde materna e infantil e entrevistas às mães.</li> </ul>	Estabelecer a eficácia da FNP implementada e incluída no serviço nacional cuidados de saúde nacional, financiada por fundos públicos.	<p>A FNP envolve até 64 visitas domiciliares estruturadas realizadas por enfermeiros familiares especialmente recrutados, desde o início da gravidez até as crianças terem 2 anos de idade.</p> <p>Todos os participantes (ambos os grupos) receberam cuidados de saúde oferecidos habitualmente. Isso incluiu, ser oferecida universalmente, VD até o segundo aniversário da criança, entregue por enfermeiros família (grupo FNP) ou enfermeiros especialista de saúde pública da comunidade (grupo de atendimento usual) e cuidados maternos adequados à necessidade clínica.</p>

Resultados - 304 (56%) de 547 mulheres atribuídas a FNP e 306 (56%) de 545 atribuídas a cuidados habituais fumavam no final da gravidez. O peso médio de 742 bebês com mães atribuídas à FNP foi de 3217gr, e dos 768 bebês atribuídos ao atendimento usual foi de 3197 gr. 587 (81%) de 725 crianças avaliadas com mães atribuídas à FNP e 577 (77%) de 753 crianças avaliadas atribuídas a cuidados habituais atendidas num serviço de emergência ou foram admitidas a hospital pelo menos uma vez antes do segundo aniversário. 426 (66%) de 643 mulheres avaliadas atribuídas a FNP e 427 (66%) 646 atribuídas a cuidados habituais tiveram uma segunda gravidez em 2 anos. Pelo menos um evento adverso grave (principalmente eventos clínicos associados à gravidez e período infantil) foi relatado para 310 (38%) no grupo de cuidados habituais e 357 (44%) no grupo FNP, nenhum dos quais foi considerado relacionado à intervenção.

Tabela 3 - Características estudos de selecionados e principais resultados.  
(VD realizada por Enfermeiros).

Autor/Ano	País	Amostra	Desenho do Estudo	Objetivo do Estudo	Tipo de Intervenção
Edraki M, Moravej H, Rambod, M. Effect of Home Visit Training Program on Growth and Development of Preterm Infants: A Double Blind Randomized Controlled Trial <sup>(127)</sup> (2014)	Irão	Recém-nascidos prematuros 30 grupo de intervenção e 30 grupo controle.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudo quantitativo</li> <li>- Experimental</li> <li>- Ensaio controlado randomizado</li> <li>- Avaliação aos 6 meses, com avaliações físicas e aplicação de escala de avaliação de desenvolvimento.</li> </ul>	Investigar o efeito do programa de VD sobre o crescimento e o desenvolvimento dos prematuros até aos 6 meses.	<p>A intervenção nas VD foi prestada por enfermeiro especialista pediatria. A primeira VD, foi realizado no primeiro dia após a alta, segunda sessão no dia seguinte à primeira sessão e a terceira sessão foi realizada 1 semana após a primeira visita. Além disso, quatro visitas também foram fornecidas no primeiro, segundo, terceiro e sexto mês após o nascimento.</p> <p>No grupo de controle, a informação foi facultada, mas não foi realizado nenhum programa de VD.</p>

**Resultados** - As crianças do grupo de intervenção apresentaram um aumento maior de peso aos seis meses e nos índices de desenvolvimento, os resultados do estudo mostraram uma diferença significativa no grupo de intervenção em relação ao desenvolvimento de comportamentos, nomeadamente: seguir objetos em movimento com a cabeça, manter a cabeça estável ao mudar a posição de deitado para sentado, produzir sons e pegar em objetos com a mão.

- Não foi observada diferença significativa em relação à estatura e perímetro cefálico, nos dois grupos, nas várias avaliações realizadas e no riso social aos seis meses.

Tabela 3 - Características estudos de selecionados e principais resultados.  
(VD realizada por Enfermeiros).

Autor/Ano	País	Amostra	Desenho do Estudo	Objetivo do Estudo	Tipo de Intervenção
Dodge K, Goodman B, Murphy R, <i>et al.</i> Implementation and Randomized Controlled Trial Evaluation of Universal Postnatal Nurse Home Visiting. <sup>(E8)</sup> (2014)	EUA	2327 (grupo de intervenção), 2450 (grupo de controle). RN e famílias distribuídas aleatoriamente de acordo com a data de nascimento. Subamostra aleatória de 549 famílias para avaliar o impacto após o nascimento.	- Estudo Quantitativo - Experimental - Ensaio Controlado Randomizado - Avaliação aos 6 meses com consulta dos registros hospitalares, entrevistas aos pais e aplicação de escalas de avaliação e questionários.	Avaliar se a VD de enfermagem pós-natal universal, pode ser implementada com muita adesão e fidelidade, prevenir a recorrência aos serviços de emergência e promover a parentalidade positiva nos bebês até aos 6 meses de idade.	Projeto “Durham Connects, estruturado com manual de procedimentos. São realizadas 1 a 3 VD de enfermagem, entre as 3 e 6 semanas de vida do bebê e 1 a 2 contatos de enfermeira com um provedor de serviços comunitários. Conclui com uma sessão de acompanhamento 1 mês depois, por telefone ou com VD.

**Resultados** De todas as famílias, 80% iniciaram a participação; a adesão foi de 84%. O programa tem um impacto positivo, na redução do recurso a cuidados de saúde de emergência infantil. O impacto começa imediatamente após a intervenção e mais que dobra em tamanho até a idade de 6 meses. O programa foi efetivo no objetivo de melhorar a articulação da família com os recursos da comunidade. Também melhorou o bem-estar da família, especificamente o comportamento positivo dos pais, a qualidade do envolvimento do pai, a qualidade do cuidado infantil fora de casa, a segurança familiar e a saúde mental materna

Kemp L, Harris E, McMahon, C, <i>et al.</i> Child and family outcomes of a long-term nurse home visitation programme: a randomised controlled trial <sup>(E9)</sup> (2011)	Austrália	208 (111 intervenção, 97 controle), mães e RN, com fator de risco que vivem numa área socioeconômica desfavorecida.	- Estudo quantitativo - Experimental - Ensaio controlado randomizado - Avaliação aos 18 e 24 meses com entrevistas aos pais e aplicação de escalas de avaliação.	Investigar o impacto a longo prazo de um programa de VD universal, realizada por enfermeiros, sobre a saúde, desenvolvimento e bem-estar da criança, mãe e família.	No grupo de intervenção foram realizadas várias VD de enfermagem (especialista pediatra, 16 média) pré-natal e pós-natal de educação parental até aos dois anos de vida, estruturadas e sustentadas em programa de suporte, incorporadas no sistema universal de saúde infantil. No grupo de controle foi disponibilizado o cuidado universal usual com uma VD nos primeiros 15 dias de vida.
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

**Resultados**

- As mães que receberam a intervenção foram mais recetivas emocional e verbalmente durante os dois primeiros anos da vida de seus filhos do que as mães do grupo de comparação. A duração da amamentação foi maior para mães do grupo de intervenção.
- Não houve diferença significativa na interação pai-filho, no desenvolvimento mental, psicomotor ou comportamental dos bebês, entre os grupos.
- Mães avaliadas no pré-natal como tendo alterações psicossociais e emigrantes beneficiaram com a intervenção, era mais provável que reportassem uma experiência mais positiva de ser mãe do que os mesmos subgrupos de mães no grupo de comparação.

Tabela 3 - Características estudos de selecionados e principais resultados.  
(VD realizada por Enfermeiros).

Autor/Ano	País	Amostra	Desenho do Estudo	Objetivo do Estudo	Tipo de Intervenção
Sadler L, Slade A, Close N, <i>et al.</i> Minding the Baby: Enhancing reflectiveness to improve early health and relationship outcomes in an interdisciplinary home visiting program <sup>(E10)</sup> (2013)	EUA	60 famílias no grupo de intervenção, e 45 no grupo de controle. Tinham entre 14-25 anos; primíparas; nenhum fator de risco.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudo quantitativo</li> <li>- Quase Experimental</li> <li>- Ensaio controlado randomizado</li> <li>- Avaliação aos 12 e 24 meses com entrevistas, aplicação de escala de avaliação e consulta dos registos de saúde materna e infantil.</li> </ul>	Avaliar as diferenças entre famílias que receberam o programa de visitas domiciliares intensivas Minding the Baby e que receberam cuidados habituais num centro de saúde da comunidade na zona urbana.	<p>As famílias do grupo de intervenção foram visitadas semanalmente no terceiro trimestre da gravidez e durante o primeiro aniversário da criança e de duas em duas semanas até o segundo aniversário da criança e continuaram a receber os cuidados pré-natais e os cuidados primários e pediátricos habituais. As visitas são realizadas alternadamente por enfermeiro pediátrico ou por assistente social.</p> <p>No grupo de controle os participantes receberam consultas de saúde de rotina pré-natal e consultas de vigilância de saúde do bebé.</p>

**Resultados** As famílias de intervenção tinham programas de imunização mais atualizado aos 12 meses, e apresentavam taxas mais baixas de partos subsequentes e eram menos propensas a serem encaminhadas para serviços de proteção infantil. As interações mãe-bebé foram menos interrompidas aos 4 meses, quando as mães eram adolescentes. As crianças do grupo de intervenção foram mais propensas a estabelecer vínculo de forma segura e menos propensas a serem desorganizadas em relação ao vínculo com um ano. A capacidade das mães para refletir sozinha a experiência de ser mãe, assim como o funcionamento reflexivo melhoraram ao longo da intervenção (24 meses), apenas nas mães de maior risco.

Tabela 3 - Características estudos de selecionados e principais resultados.  
(VD realizada por Enfermeiros).

Autor/Ano	País	Amostra	Desenho do Estudo	Objetivo do Estudo	Tipo de Intervenção
Ordway M, Sadler L, Dixon J, <i>et al.</i> Lasting effects of an interdisciplinary home visiting program on child behavior: Preliminary follow-up results of a randomized trial. <sup>(E11)</sup> (2014)	EUA	50 díades com filhos entre os 3 e 5 anos que participaram no programa Minding the Baby, selecionadas de 132 díades do estudo primários.	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Estudo quantitativo</li> <li>- Follow up</li> <li>- Ensaio controlado randomizado</li> <li>- Avaliação aos 3 e 5 anos com entrevistas, aplicação e escalas de avaliação aos pais e professores.</li> </ul>	Avaliar os efeitos do programa, Minding the Baby, no comportamento da criança e o funcionamento reflexivo parental (FR) 1 a 3 anos após a intervenção.	Intervenção igual ao estudo Sadler L, Slade A, Close N, <i>et al.</i> <sup>(25)</sup> (2013)

**Resultados**

- O índice médio de sintomas depressivos maternos para ambos os grupos estava abaixo do limite para níveis clinicamente significativos e não diferiu estatisticamente entre os grupos.
- O funcionamento reflexivo (Parentalidade) do grupo de intervenção aumentaram ao longo de tempo, enquanto no grupo controle diminuíram ao longo do tempo.
- As mães do grupo de controle relataram níveis mais altos de problemas de comportamento infantil em todas as escalas aplicadas assim como nas escalas de avaliação do comportamento infantil preenchidas por professores, houve uma tendência que indicava que os mesmos também classificavam o comportamento das crianças do grupo controle como mais problemático.

## Discussão dos Resultados

---

Com a análise dos estudos selecionados, percebeu-se que existe um grande investimento em alguns países, na implementação de programas de VD, realizadas por enfermeiros (EUA, 7 estudos). A metodologia utilizada nos estudos, foi a randomização controlada e os entrevistadores e os técnicos que realizaram a análise estatística dos dados, não tinham conhecimento da condição de intervenção ou controle, da amostra que analisavam, o que diminui a possibilidade de ocorrência de erros sistemáticos (vieses). Os dados foram recolhidos na maioria dos estudos, com recurso a entrevistas, questionários, escalas validadas para a população e por pesquisa de registros de saúde da criança e houve um estudo em que a colheita de dados, foi realizada só por autorrelato<sup>(19)</sup>, o que no nosso entender pode levar ao viés.

As famílias que constituíram as amostras da maioria dos estudos, são jovens, económica e socialmente desfavorecidas (E1) (E2) (E3) (E4) (E5) (E6) (E9). Ao concentrar-se nas famílias mais ameaçadas, os programas de VD, procuram diminuir as disparidades na saúde e os resultados do desenvolvimento. Os estudos indicam que os grupos de alto risco, são mais propensos a beneficiar da VD<sup>(16)</sup>.

Um estudo avaliou o impacto da implementação da VD, quando realizada universalmente, utilizando apenas a data de nascimento para a randomização (E8), no entanto, existe controvérsia quanto à utilização de uma abordagem universal, planeada para trabalhar com todas as famílias, numa determinada área geográfica<sup>(2)</sup>. Outros dois estudos, estudaram famílias jovens, mas sem fator de risco (E10) (E11), verificámos que existem evidências da pertinência da utilização desta amostra que nos dizem que existem fatores que podem dificultar o sucesso da visita domiciliária sendo eles, recursos familiares limitados, doenças mentais familiares, famílias não motivadas para participar dos programas e famílias que sofrem de violência doméstica. Os fatores de risco que tornam as crianças vulneráveis interferem na eficácia dos programas que são planeados para ajudá-los<sup>(2)</sup>. Por último temos um estudo em que a amostra são RN pré-termo (E7), sendo esta amostra pertinente, uma vez que existem evidências que o baixo peso ao nascer e prematuridade tem consequências na saúde e desenvolvimento das crianças, a curto e longo prazo, e que as intervenções precoces, nomeadamente as VD, parecem ser uma estratégia importante para melhorar os resultados nessa população<sup>(17)</sup>.

As amostras tiveram na maioria grande representatividade, com exceção para os estudos que avaliam o impacto da VD aos 6 meses (E7) (E8), e nos dois que utilizam famílias jovens, mas sem fator de risco (E10) (E11).

Com a análise dos estudos selecionados percebe-se que o desenvolvimento de programas de visitas domiciliárias ao recém/nascidos/famílias realizados por enfermeiros têm impacto positivo na saúde e bem-estar da criança e da família. A literatura corrente aponta favoravelmente neste sentido, a Academia Americana de Pediatria apoiou recentemente o programa de visitas domiciliárias, nos períodos pré-natal e pós-natal e considerou este programa como um método para melhorar a saúde e o desenvolvimento das crianças e famílias<sup>(2)</sup> (E1).

Nos EUA foi desenvolvido um programa de VD pré e pós-natal (até aos 2 anos de vida), realizadas por enfermeiros, Nurse Family Partnerchip (NFP), que intervém em famílias jovens e desfavorecidas, com o objetivo de prevenir os maus tratos e abuso infantil e promover o desenvolvimento saudável das crianças. O enfermeiro faz formação específica para desenvolver o programa e segue um manual de procedimentos rigoroso, que especifica os objetivos específicos de cada VD. Este programa foi aplicado em várias comunidades e foram desenvolvidos estudos randomizados controlados, com vários follow up. Os estudos selecionados nesta revisão, são follow up aos 12 (E3) e aos 19 anos (E4), avaliam o impacto do programa na saúde e condição de vida dos jovens, comparando com a ausência de VD. A diferença encontrada entre as amostras foi a raça, que no estudo aos 12 anos eram de raça negra e aos 19, raça branca. As conclusões apontam para uma melhor condição de vida nos jovens em que as mães estiveram integradas no programa NFP, principalmente as com mais baixos recursos económicos. Aos 12 anos utilizaram menos tabaco, álcool ou droga, ou quando o usaram fizeram-no em menor quantidade e em menos dias, relataram menos distúrbios psicológicos/psiquiátricos, tiveram melhores resultados de testes de realização de leitura e matemática. Os dados recolhidos neste estudo estão em consonância com a randomização aos 3<sup>(18)</sup> e 9<sup>(19)</sup> anos. Aos 19 anos, a avaliação centrou-se no envolvimento dos jovens na criminalidade e conclui-se que os jovens filhos de mães que participaram no programa NFP, principalmente as meninas, foram menos vezes presas e condenadas e tiveram menos prisões ao longo da vida e condenações. Para os meninos, a probabilidade de ocorrer uma prisão, aumentou substancialmente para grupos de intervenção e controle após 12 anos de idade. Embora o padrão de resultados seja consistente com os efeitos de intervenção em detenções e condenações encontrado aos 15 anos<sup>(20)</sup>, não tinham sido encontradas diferenças significativas de sexo nesses resultados. Não foram encontrados mais efeitos do programa, sobre os restantes aspetos da vida dos jovens. Os autores concluíram que o impacto na saúde e bem-estar das crianças vai diminuindo ao longo do tempo, mantendo-se apenas no comportamento. Estes achados devem ser relacionados com as limitações reconhecidas pelos autores nomeadamente, os dados terem sido recolhidos com base no relato dos jovens, que podem estar sujeitos a viés, outra limitação é a falta de diversidade racial na amostra, o que não permitiu o exame das diferenças raciais ou étnicas nos efeitos do tratamento.

Outro estudo encontrado é o follow up aos 6 e 9 anos do programa FNP, que avalia o impacto no desenvolvimento infantil, comparando a intervenção quando é realizada por enfermeiros e por paraprofissionais (leigos treinados, mas não licenciados) (E4) e a ausência de realização de VD. As conclusões deste estudo, enfatizam o benefício da intervenção, quando realizada por enfermeiros. Apesar dos paraprofissionais terem realizado a mesma formação que os enfermeiros, o impacto do programa, no desenvolvimento infantil, quando realizado por enfermeiros, foi maior. As conclusões do estudo também compararam a intervenção realizada pelos enfermeiros, com os outros estudos realizados anteriormente e concluíram que neste estudo não houve impacto no funcionamento intelectual das crianças, funcionamento acadêmico e comportamentos agressivos, como observados noutros estudos<sup>(21,22)</sup>, quando realizados na mesma idade. As explicações encontradas pelos autores para justificar a ausência de efeitos da VD realizada por enfermeiros, sobre esses resultados foram: O programa fornecido pela enfermeira perde o impacto ao longo do tempo, o impacto do programa é mais notório para crianças nascidas de mães de recursos baixos e para famílias que vivem em bairros altamente desfavorecidos (como é o caso dos estudos referidos), o benefício do programa é maior, onde há maior espaço para melhorias (as crianças deste grupo tinham scores médios de processamento mental mais baixos), o impacto do programa para crianças nascidas de mães de recursos baixos diminui, na medida em que as crianças obtêm serviços terapêuticos que dão resposta às suas necessidades de desenvolvimento e a amostra deste estudo foi estatisticamente menos significativa, que a dos outros estudos (E4). Este resultado também não está de acordo com o estudo analisado aos 12 anos (E3), que verificámos ser o follow-up dos anteriormente referidos.

O programa NFP tem vindo a ser implementado noutros países, seguindo as mesmas linhas orientadoras, mas enquadrado nos serviços de saúde prestados dos respetivos países. Dois estudos analisam a implementação do NFP na Holanda (E5) e no Reino Unido (E6). Os resultados do estudo da Holanda, demonstram que houve impacto favorável na saúde e bem-estar das crianças e famílias, nomeadamente na avaliação do ambiente em casa e dos distúrbios psiquiátricos aos 24 meses, a intervenção foi comparada com os cuidados habituais do país, que incluem 2 visitas domiciliárias realizadas por enfermeiro especialista em pediatria, no pós-parto. Foi também verificada menos casos de referência de crianças, por maus tratos e abuso infantil. Não se verificaram evidências do programa na avaliação dos comportamentos agressivos. Os investigadores concluíram que existem benefícios quando a VD é realizada regularmente, porque permite detetar situações de risco mais facilmente, com o respetivo encaminhamento.

Em relação ao estudo realizado no Reino Unido (E6), os investigadores concluíram que não existem evidências de benefícios da implementação do NFP, nos resultados primários de saúde da mãe e da criança avaliados, no entanto, foi observada alguma vantagem para alguns resultados secundários de saúde e bem-estar, para mãe e filho (intenção de amamentar, desenvolvimento cognitivo infantil relatado pela mãe (somente aos 24 meses), desenvolvimento de linguagem usando uma avaliação modificada relatada por via materna (aos 12 e 18 meses) e uso de uma avaliação padronizada (o marco inicial da linguagem inicial, aos 24 meses), níveis de apoio social, qualidade da relação com o enfermeiro e autoeficácia no geral).

Observamos que o grupo de controle recebeu os cuidados de saúde habituais do país, que já incluem VD realizadas por enfermeiros especialista de saúde pública da comunidade, pré e pós-parto até aos dois anos de vida, pelo que na nossa opinião, essa é uma das razões que justificam os resultados. Os autores referem que, ao contrário das mulheres nos estudos dos EUA, as mães jovens e desfavorecidas no Reino Unido podem aceder a muitos serviços sociais e de saúde, incluindo médicos de família, parteiras e enfermeiras de saúde pública e para além disso, os ensaios anteriores dos EUA, foram estudos de um único centro, envolvendo um pequeno número de enfermeiros, 10, que desenvolveram a intervenção. Em contrapartida, o estudo de Inglaterra foi conduzido por 131 enfermeiros de família, realizando a intervenção em 18 locais, em toda a Inglaterra, pelo que representa uma avaliação mais pragmática da NFP, em comparação com os ensaios anteriores. Os investigadores sugerem um seguimento de longo prazo para este estudo, para averiguar a evidência de benefício para os resultados do desenvolvimento infantil, que ocorreriam após os 2 anos de idade (E6).

A realização de VD por enfermeiros (especialista em pediatria) no pré e pós-parto, até aos 2 anos, em programa estruturado semelhante ao NFP, comparando com a realização de uma VD de enfermagem (especialista em pediatria), nos primeiros quinze dias de vida do RN, foi estudado na Austrália (E9). Os resultados do estudo revelaram que o impacto da intervenção foi mais significativo na avaliação realizadas nas mães (principalmente mães emigrantes e com alterações psicossociais), que ficaram mais preparadas para exercer a parentalidade e a duração da amamentação foi maior. Não houve impacto significativo no desenvolvimento mental, psicomotor ou comportamental dos bebés. Estes achados contrariam os resultados do estudo realizado na Holanda (E5), que tem um desenho semelhante e que demonstraram que houve impacto favorável na saúde e bem-estar das crianças e famílias, quando as VD foram realizadas de acordo com o programa NFP, o que no nosso entender pode sugerir que o referido programa é mais eficaz e quando as mães são mais jovens (como é o caso do estudo da Holanda), o impacto na saúde e bem-

-estar das crianças, é mais evidente. Outro estudo que avalia o impacto da realização de VD, na saúde da criança aos 12 meses, quando efetivada por enfermeiros, associando a intervenção de trabalhadores comunitários de saúde (E1), demonstra que não houve ganhos ao adicionar a intervenção dos referidos técnicos, o que vai ao encontro dos resultados de Olds, *et al.* (E2), referidos anteriormente, que afirmam que o impacto da VD, na saúde da criança/família, tem mais evidência quando é realizado por enfermeiros.

Dois dos estudos revistos, avaliam o impacto da realização de VD no pós-parto, na saúde e bem-estar da criança e criança/família, aos 6 meses de vida, quando realizada por enfermeiros e de forma universal, comparando com a ausência de VD. Um dos estudos realizado no Irão numa amostra de RN pré-termo (E7), a intervenção é realizada por enfermeiro especialista em pediatria, e ficou demonstrado que houve impacto positivo da intervenção. Os RN pré-termo apresentaram melhores índices de desenvolvimento e aumento de peso, tal como evidenciado numa revisão da literatura realizada por Mallik e Spiker<sup>(17)</sup>. O outro estudo realizado nos EUA, a amostra são RN de termo (E8) e a intervenção foi realizada por enfermeiros, que são acompanhados por provedores comunitários, que têm a função de articular os cuidados de saúde, com os serviços da comunidade. Os resultados evidenciam que as famílias aderiram ao programa e que o mesmo tem um impacto positivo, na redução do recurso a cuidados de saúde de emergência infantil. O impacto começa imediatamente após a intervenção e mais que dobra até à idade de 6 meses. O programa também melhorou o bem-estar da família, e foi efetivo no objetivo de melhorar a articulação da família, com os recursos da comunidade. Concluimos que houve evidências de impacto positivo da VD efetuada por enfermeiros, na saúde e bem-estar da criança/família, na avaliação realizada a curto prazo, mas ressaltamos a limitação dos resultados dos dois estudos, também referida pelos autores, por a amostra ser reduzida e por ter sido limitada a uma comunidade específica, que pode afetar a generalização dos resultados.

O impacto da realização de VD pré e pós-natal (até 2 anos), por enfermeiros (especialista pediatria), na saúde e bem-estar da criança/família, foi também avaliado, num estudo realizado nos EUA, incluindo a participação de uma assistente social, em famílias jovens sem fator de risco. Foi avaliado o impacto aos 12 meses (E10) e quando as crianças tinham entre 3 e 5 anos (E11). Os resultados evidenciam impacto positivo da intervenção na saúde e bem-estar da criança/família, quer aos 12 meses, assim como aos 3 a 5 anos de vida da criança. Aos 12 meses a avaliação centrou-se na prevenção do abuso e mau trato infantil e na avaliação do vínculo, interação pais/filho e parentalidade. Os resultados demonstraram menos casos de crianças referenciadas para serviços de proteção infantil do grupo alvo de VD, sendo os mesmos também encontrados pelo estudo realizado por Mejdoubi, *et al.* (E5). Foi também verificado que em mães adolescentes, a intervenção

teve ainda mais impacto. Aos 3 e 5 anos de vida da criança, a avaliação centrou-se nos sintomas depressivos maternos, que não evidenciou benefícios, no funcionamento reflexivo parental, que concluímos ser o que denominamos de Parentalidade positiva e que apresentou índices mais elevados, e na avaliação do comportamento infantil, que foi considerado por pais e professores, como menos problemático nas crianças que tinham pertencido ao grupo de intervenção. Acautelamos que este estudo teve limitações, referidas pelos autores, que foi o tamanho da amostra e os dados incompletos sobre as medidas longitudinais.

Verificámos que a intervenção do assistente social se centrou na ajuda às mães na negociação de questões legais e judiciais e que a intervenção do enfermeiro se centrou no reforço do cuidado pré-natal, a educação para a saúde, no apoio da saúde e desenvolvimento da criança e na articulação dos cuidados com os cuidados de saúde primários, pelo que não conseguimos avaliar nos resultados a distinção entre a intervenção dos dois técnicos de saúde, mas concluímos que a intervenção interdisciplinar tem benefícios na promoção da saúde e bem-estar das crianças/famílias, tal como evidenciado pela Academia Pediatria Americana<sup>(8)</sup>.

## Conclusões

---

Esta revisão sistemática da literatura permitiu concluir que as abordagens das intervenções utilizadas e o impacto avaliado dos vários estudos é muito variado o que, no nosso entender, dificulta a sistematização dos resultados.

Os resultados encontrados permitiram concluir que a VD realizada por enfermeiros ao recém-nascido/lactente/família, têm impacto positivo na saúde e bem-estar das crianças e famílias, embora os resultados específicos da família, tenham tido menos evidencia, por terem sido encontrados menos estudos que os avaliassem, uma vez que a maioria dos ensaios controlados randomizados os avalia separadamente. Uma vez que também pretendíamos resultados de impacto na criança, esses estudos não foram incluídos na revisão.

Podemos também concluir que a realização da VD por enfermeiros, ao RN/lactente/família, tem maior impacto, se for realizado em populações económica e socialmente desfavorecidas e em adolescentes, e quando realizada com regularidade, começando ainda na gravidez, e abrangendo o primeiro e segundo ano de vida da criança. Os resultados positivos, foram também verificados em RN pré-termo e mesmo quando oferecidos universalmente. Para além disso, as VD que são realizadas de acordo com um programa bem

definido e estruturado, como é o caso do NFP, também parecem ter maior impacto na saúde e bem-estar da criança, e o benefício da realização das mesmas por outros profissionais não foi evidenciada.

Concluimos também que o impacto da realização de VD por enfermeiros, na saúde e bem-estar das crianças, vai perdendo evidência ao longo do tempo, mas nas famílias mantêm-se, principalmente nas famílias mais desfavorecidas. Como ainda se realizaram poucos estudos, em idades mais adiantadas, justifica-se a pertinência da realização de mais estudos.

Outras das conclusões desta revisão é que a VD de Enfermagem ao RN/lactente e família, foi realizada na maioria dos estudos por Enfermeiros de Família, com formação específica para realizar VD e por Enfermeiros Especialistas em Saúde Infantil e Pediátrica, mas não conseguimos concluir, no entanto, qual a diferença da atuação entre os dois, pelo que a realização de estudos nesse sentido também seria, no nosso entender, pertinente. Os resultados desta revisão confirmam os resultados apresentados por outras revisões sistemáticas, que seguiram a mesma linha orientadora, realizadas com base em literatura menos recente.

Uma das limitações desta revisão, foi a grande heterogeneidade de intervenções e de resultados avaliados, apesar disso e uma vez que todos os estudos demonstraram, em resultados primários ou secundários, que a realização de Visita Domiciliária por Enfermeiros, tem impacto positivo nos resultados de saúde infantil ou bem-estar, incluindo diminuição da recorrência aos serviços de emergência, comportamento e desenvolvimento infantil, prevenção do abuso e maus tratos infantis, aproveitamento escolar e nos resultados de saúde materna e Parentalidade, podemos concluir que a Visita Domiciliária de Enfermagem ao RN/lactente/família, tem evidência baseada na prática de impacto positivo na saúde e bem-estar das crianças e das famílias e por essa razão a disseminação da mesma em Portugal é no nosso entender, fortemente recomendada.

## Referências Bibliográficas

---

1. Irwin LG, Siddiqi A, Hertzman C. Early child development: A powerful equalizer final report for the world health organization's commission on the social determinants of health. 2007, Geneva, [Acesso em 21 de dezembro de 2017].

2. American Academy of Pediatrics. The Role of Preschool Home-Visiting Programs in Improving Children's Developmental and Health Outcomes. 2009. [Acesso em 21 de dezembro de 2017].
3. Lowdermilk D, Perry S. Enfermagem na maternidade. (7.<sup>a</sup> ed). 2009. Loures: Lusodidacta.
4. Boller K, Strong DA, Daro D. Home visiting: looking back and moving forward. 2010. [Acesso em 21 de dezembro de 2017].
5. Sweet MA, Appelbaum MI. Is Home Visiting an Effective Strategy? A Meta-Analytic Review of HomeVisiting Programs for Families With Young. 2004. [Acesso em 23 de dezembro de 2017].
6. Filene JH, Kaminski JW, Valle LA, *et al.* Components Associated With Home Visiting Program Outcomes: A Meta-Analysis. 2013. [Acesso em 23 de dezembro de 2017]; Disponível em Pediatrics. 2013 Nov; 132(0 2): S100–S109. doi: 10.1542/peds.2013-1021H
7. OMS, UNICEF. Visitas domiciliarias al recién nacido: una estrategia para aumentar la supervivencia. 2009. [Acesso em 22 de dezembro de 2017].
8. Duffee J, Mendelsohn AL, Kuo AA, *et al.* Early Childhood Home Visiting. 2017. [Acesso em 22 de dezembro de 2017].
9. Teixeira, T. Visita Domiciliar em Saúde Infantil: Necessidade de Visitação até ao 15º dia de vida (Relatório para obtenção do Grau de Mestre). 2011. [Acesso em 23 de dezembro de 2017].
10. Amaral N, Os Enfermeiros e... A Visitação Domiciliária ao Recém-Nascido. 2011. [Acesso em 21 de dezembro de 2017].
11. Soares, H. O acompanhamento da família no seu processo de adaptação e exercício da parentalidade: intervenção de enfermagem. 2008. Porto: Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.
12. Ordem dos enfermeiros. Regulamento de competências dos enfermeiros de cuidados gerais. 2011. Lisboa.
13. Ordem dos enfermeiros. Regulamento das competências Comuns do enfermeiro especialista. 2010. Lisboa.
14. Ordem do Enfermeiros. Parecer n.º 12/2011. 2011. Lisboa.

15. Joanna Briggs Institute. Joanna Briggs Institute Reviewers' Manual. 2014. Austrália. [Acesso em 15 de dezembro de 2017].
16. Gomby DS. Promise and limitations of home visitation. 2000; *Jama* 284 (11):1430– 1431. [Acesso em 27 de dezembro 2017].
17. Mallik S, Spiker D. Effective Early Intervention Programs for Low Birth Weight Premature Infants: Review of the Infant Health and Development Program (IHDP). 2017. USA. [Acesso em 27 de dezembro 2017].
18. Kitzman H, Olds DL, Sidora K, *et al.* Enduring effects of nurse home visitation on maternal life course: a 3-year follow-up of a randomized trial. 2000. [Acesso em 27 de dezembro 2017].
19. Olds DL, Kitzman H, Hanks C, *et al.* Effects of nurse home visiting on maternal and child functioning: age-9 follow-up of a randomized trial. 2007. *Pediatrics*. Oct;120(4):832–45. [Acesso em 27 de dezembro 2017].
20. Olds DL, Eckenrode J, Henderson CR Jr, *et al.* Long-term effects of home visitation on maternal life course and child abuse and neglect: fifteen-year follow-up of a randomized trial. 1997. *JAMA* 1997;278 (8) 637- 643. [Acesso em 27 de dezembro 2017].
21. Olds D, Kitzman H, Cole R, *et al.* Effects of nurse home visiting on maternal life-course and child development: age-six follow-up of a randomized trial. *Pediatrics*. 2004; 114(6):1550–1559. [Acesso em 27 de dezembro 2017].
22. Olds DL, Kitzman H, Hanks C, *et al.* Effects of nurse home visiting on maternal and child functioning: age-9 follow-up of a randomized trial. *Pediatrics*. 2007;120(4):e832– 845. [Acesso em 27 de dezembro 2017].

Correspondência: mcalado@uevora.pt

## Anexo III - “EDUCAÇÃO SEXUAL NA ESCOLA: CONTEXTOS PARA A MUDANÇA”

# RIASE

REVISTA IBERO-AMERICANA DE SAÚDE E ENVELHECIMENTO  
REVISTA IBERO-AMERICANA DE SALUD Y ENVEJECIMIENTO

**Educação Sexual na Escola**  
Contextos Para a Mudança

**Educación Sexual en la Escuela**  
Contextos para el Cambio

**Sex Education In School**  
Contexts for Change

Ermelinda Caldeira - PhD em Enfermagem. Professora Adjunta, Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

Manuel José Lopes - PhD em Enfermagem. Professor Coordenador, Universidade de Évora/Escola Superior de Enfermagem S. João de Deus

vol. 3 n.º 3 dezembro 2017

## Resumo

A educação sexual é hoje uma das áreas de intervenção prioritária no nosso País e ocupa um lugar de interesse no âmbito das políticas educativas e de saúde pública na União Europeia.

Diversos estudos têm sido desenvolvidos abordando a problemática da sexualidade na adolescência<sup>(1,2,3,4)</sup>, os quais constataam a precocidade do início das relações sexuais entre os adolescentes, a inexistência de um parceiro sexual regular e a reduzida utilização sistemática do preservativo nas situações de risco acrescido.

Perante este panorama tornam-se relevantes as intervenções de educação sexual dirigidas aos indivíduos nesta fase da vida. Até porque é inquestionável o papel crucial que a sexualidade desempenha no crescimento e desenvolvimento do adolescente, no relacionamento interpessoal, no respeito, na comunicação, na autoestima, na assertividade e na autoconfiança.

Face ao exposto optou-se pela metodologia de investigação-ação. Na fase diagnóstica procedeu-se à aplicação de um conjunto de instrumentos dos quais destacamos o questionário: avaliação de atitudes dos professores face à Educação sexual (QAAPES)<sup>(5)</sup>; conceções e práticas face à Educação sexual – versão para professores<sup>(6)</sup>.

Os resultados apresentados reportam-se apenas à primeira fase do processo. Os mesmos permitiram-nos constatar o reconhecimento da educação sexual na escola como uma necessidade explícita. Na opinião dos professores esta diz respeito a todos os professores e deve ser abordada preferencialmente na componente letiva. Para estes a principal finalidade da educação sexual é desenvolver as competências dos alunos para que consigam viver a sua sexualidade de uma forma mais saudável.

Descritores (DeCS): Educação sexual; sexualidade; adolescente; saúde escolar.

## Abstract

Sex education is, nowadays, one of the priority intervention areas in our country and occupies a position of interest in the development of educative and public health politics in the European Union.

Several studies have been developed, addressing the sexuality in younger people issues<sup>(1,2,3,4)</sup>, which verify the precocity of starting sexual relations amongst teenagers, the inexistence

of a regular sexual partner and the reduced systematic use of condoms during situations of increased risk.

In this context, sex education's interventions headed to individuals at this stage of life become relevant. Especially because its unquestionable the crucial role that sexuality plays in adolescent growth and development, in the interpersonal relationship, respect, communication, self-esteem and in the assertiveness and self-confidence.

In the view of the above, we chose the research-action methodology. During the diagnostic phase we applied a set of instruments of which we highlight the questionnaire: assessment of teachers' attitudes towards sexual education (QAAPES)<sup>(5)</sup>; conceptions and practices in relation to sex education - version for teachers<sup>(6)</sup>.

The presented results relate only to the first phase of the process.

These allowed us to note the recognition of sex education in school as an explicit necessity. In the opinion of teachers this concerns all teachers and should be addressed preferably in the teaching component. For these, the main purpose of sex education is to develop the students' skills so that they can live their sexuality in a healthier way.

Descriptors (MeSH): Sex education; sexuality; adolescent; school health.

## Resumen

La educación sexual es hoy una de las áreas de intervención prioritaria en nuestro país y ocupa un lugar de interés en el ámbito de las políticas educativas y de salud pública en la Unión Europea.

Se han desarrollado diversos estudios que abordan la problemática de la sexualidad en la adolescencia<sup>(1,2,3,4)</sup>, que constatan la precocidad del inicio de las relaciones sexuales entre los adolescentes, la inexistencia de un socio sexual regular y la reducida utilización sistemática del preservativo en las situaciones de mayor riesgo.

Ante este panorama se hacen relevantes las intervenciones de educación sexual dirigidas a los individuos en esta fase de la vida. Incluso porque es incuestionable el papel crucial que la sexualidad desempeña en el crecimiento y desarrollo del adolescente, en la relación interpersonal, en el respeto, la comunicación, la autoestima, la asertividad y la auto-confianza.

En vista de lo expuesto se optó por la metodología de investigación-acción. En la fase diagnóstica se procedió a la aplicación de un conjunto de instrumentos de los cuales destacan el cuestionario: evaluación de actitudes de los profesores frente a la Educación sexual (QAAPES)<sup>(5)</sup>; concepciones y prácticas frente a la Educación sexual - versión para profesores<sup>(6)</sup>.

Los resultados presentados sólo se refieren a la primera fase del proceso. Los mismos nos permitieron constatar el reconocimiento de la educación sexual en la escuela como una necesidad explícita. En la opinión de los profesores esta se refiere a todos los profesores y debe ser abordada preferentemente en el componente lectivo. Para estos la principal finalidad de la educación sexual es desarrollar las competencias de los alumnos para que consigan vivir su sexualidad de una forma más sana.

Descriptor (DeCS): Educación sexual; sexualidad; adolescente; salud escolar.

## Introdução

Este artigo resulta da tese de doutoramento do primeiro autor<sup>(2)</sup> e centra-se nas atitudes e conceções dos professores do 2.º ciclo do ensino básico, de uma escola da região Alentejo, relativamente à implementação da educação sexual (ES) em contexto escolar.

A ES em Meio Escolar configura a escola como local privilegiado para possibilitar aos jovens um aumento dos seus conhecimentos na área da sexualidade, bem como destaca a relevância do território educativo para a promoção de atitudes e comportamentos adequados e com menores riscos. Tem tido, em Portugal, um percurso difícil e irregular, alvo de avanços e recuos, sujeita a controvérsias e debates entre os vários intervenientes do processo educativo.

A questão da ES teve o seu enquadramento legal através da Lei (n.º3/84)<sup>(7)</sup>. Apesar desta lei se centrar fundamentalmente sobre o direito ao planeamento familiar, inclui a primeira menção jurídica sobre o direito à educação sexual. Assim, no seu artigo 1.º, estipula que o “estado garante o direito à ES, como componente do direito fundamental à educação”. Esta Lei considera aspetos práticos essenciais, tais como a inclusão de conteúdos atinentes à educação sexual nos currículos e a formação de docentes sem esquecer a “intervenção dos pais”.

No entanto, só 25 anos mais tarde foi aprovada legislação que tornou obrigatória a educação sexual nas escolas e definiu com precisão as suas finalidades e enquadramento na dinâmica escolar (Lei n.º60/2009). A Lei 60/2009<sup>(8)</sup> veio assim estabelecer o regime de aplicação da ES em meio escolar, no ensino básico e secundário, no âmbito da educação para

a saúde. Prevê o desenvolvimento de um programa sistemático, holístico, baseado na promoção de competências pessoais e sociais, e simultaneamente, centrado nas necessidades de um público alvo específico: os adolescentes.

Com esta lei as escolas viram-se confrontadas com uma nova realidade: a necessidade e obrigatoriedade de implementar a ES. Os atores destes contextos educativos foram assim confrontados com uma lei que lhes exigia novas competências e novos papéis, mas acima de tudo com dúvidas: como passar do Legislado à prática?

Educar para uma vida sexual ativa, verdadeira e consciente é da responsabilidade de todos. Os principais intervenientes na ES dos adolescentes a nível da construção de um sistema de valores, de atitudes e de condutas no âmbito da sexualidade são a família, os amigos, a escola, os profissionais de saúde e os meios de comunicação social<sup>(10)</sup>. É assim necessário que pais, professores, técnicos de saúde, pares e demais profissionais atuem num processo de interação constante, formando e informando os adolescentes, permitindo-lhes a possibilidade de escolhas assertivas. A família na figura dos pais e a escola através dos seus professores, merecem destaque enquanto agentes de educação da sexualidade adolescente, uma vez que criam sinergias para intencionalizar processos de análise, consciencialização e mudança ao nível dos conhecimentos e atitudes<sup>(11,12)</sup>.

Os professores, como atores de formação sobre ES garantem as condições para o sucesso, ao envolverem-se na implementação de programas e na reorganização de contextos que fomentam a multidisciplinaridade. A concordância com a ES e com o programa a desenvolver são condição sine qua non para a realização da mesma. Assim, se o professor tiver uma atitude não conservadora atribuirá mais importância ao tema, desenvolvendo maior motivação para a lecionação e com mais facilidade de implementação dos programas<sup>(13)</sup>.

Qualquer professor pode, se tiver motivação e formação, abordar estas temáticas, mas deve salvaguardar-se a especificidade desta matéria. Requer-se que o docente tenha suficiente vontade para abordar o tema, responder às questões emergentes e resolver situações que podem ser algo embaraçosas<sup>(14)</sup>. O professor não tem de ser um especialista em ES, mas apenas um profissional convenientemente informado sobre sexualidade humana e que, enquanto educador, já teve oportunidade de refletir sobre ela<sup>(9)</sup>.

Perante as constatações, e ganhando a ES uma dimensão especial na adolescência, é necessário que a escola, como instituição que partilha a função educativa, assuma de um modo explícito a educação sexual formal. Esta deve ser ponderada como um instrumento capacitador, através do qual os adolescentes possam adquirir conhecimentos e desenvolver competências para conseguirem cuidar e melhorar a sua saúde sexual, proporcionando a aquisição de meios que estimulem o empowerment individual e social<sup>(15,16,17)</sup>.

No nosso país a ES tem tido um percurso difícil e moroso, muito à custa de políticas educativas pouco claras e falta de vontade das escolas e de alguns professores na efetivação da mesma<sup>(6)</sup>.

Num estudo realizado em Portugal<sup>(6)</sup>, com 600 professores que lecionavam nos 2.º e 3.º Ciclos do Ensino Básico e no Ensino secundário, concluíram que estes revelavam uma atitude positiva e que a maioria se sentia confortável para abordar os temas da sexualidade com os alunos. No entanto, poucos mostraram intenções de se envolver futuramente em ações de ES nas suas escolas.

Abarcar a ES na escola implica, obrigatoriamente, mudanças, não só das crenças/representações e conceções pessoais, profissionais e institucionais como na dinâmica da própria escola. Assenta numa nova dinâmica curricular a qual se pretende que inclua “atores” tais como os pais, professores e os pares e ainda que inclua “cenários” tais como a família, a escola, a rua e a comunidade<sup>(18)</sup>.

Como em todos os caminhos em que o percurso é sinuoso, a motivação e o empenho dos diversos intervenientes são imprescindíveis. Só com equipas motivadas e preparadas se pode encetar um caminho que se antevê difícil. Uma questão que se exige é conhecer as necessidades de formação dos professores, para que a ES se realize como legislado e os motive em direção à mudança das suas conceções<sup>(19)</sup>. Num estudo realizado com professores de Primeiro Ciclo do Ensino Básico<sup>(19)</sup>, as necessidades de formação manifestadas situam-

-se ao nível da apropriação de conhecimentos científicos sobre o tema, da preparação para trabalhar valores, da explicitação dos conteúdos e dos objetivos adequados a cada ano de escolaridade, assim como ao nível do saber lidar com situações do quotidiano escolar relacionadas com a curiosidade das crianças e com situações problemáticas das mesmas e da intervenção dos pais na escola. Vários estudos atestam a importância da formação dos professores nesta área<sup>(20,21)</sup> e o envolvimento dos jovens na planificação dos projetos de ES nos quais serão o público-alvo<sup>(21)</sup>.

A este propósito Mason<sup>(22)</sup>, concluiu que os alunos de 10 e 11 anos requerem uma ES abrangente e interativa, conseguida através de uma pedagogia flexível que permita às crianças compreenderem as modificações que enfrentam relativamente aos seus corpos, relacionamentos e sexualidades.

Pela sua relevância no desenvolvimento humano, a educação sexual deverá ser abordada de acordo com a idade dos estudantes, através de ações com continuidade, organizadas segundo a metodologia de projeto<sup>(13)</sup>. É assim imperativo, antes de se iniciar um programa, a identificação das necessidades daqueles a quem se destina. Um diagnóstico de situação rigoroso e que abranja todos os atores do processo educativo é o ponto de partida para a eficácia de qualquer programa.

## Métodos

A investigação encontra-se ancorada na metodologia de investigação-acção (IA). A opção por esta metodologia prende-se com o facto de a investigação-acção ser um método essencialmente prático, que lida com problemas reais<sup>(14)</sup>. Implica agir para melhorar a prática e estudar sistematicamente os efeitos da ação desenvolvida<sup>(14,15)</sup>, sendo auto-avaliativa (as modificações são constantemente avaliadas) e cíclica (as descobertas iniciais geram possibilidades de mudança a serem implementadas no ciclo seguinte)<sup>(14,15)</sup>.

O estudo teve assim início com a análise da situação da prática, constituindo-se esta como a primeira etapa de todo o processo.

A primeira fase da investigação, aqui apresentada, foi orientada de acordo com um estudo exploratório, descritivo, de abordagem quantitativa visando conhecer as atitudes, concepções e práticas dos professores, acerca da educação sexual.

A amostra é constituída pelos 26 professores de uma escola de 2.º Ciclo do Ensino Básico da Região Alentejo.

Tendo em conta a investigação, as questões e objetivos já referidos, optámos, como instrumentos de colheita de dados, pelo questionário. Foram aplicados os questionários: Questionário de Avaliação de Atitudes dos Professores face à ES (QAAPES)<sup>(5)</sup> e Conceções e Práticas da ES em contexto escolar<sup>(6)</sup>.

O QAAPES<sup>(5)</sup>, é composto por três dimensões: avaliativa, cognitiva e emocional.

Dimensão avaliativa: consta de uma escala de atitudes com 10 itens sendo cinco positivos<sup>(1,5,6,7 e 10)</sup> e cinco negativos<sup>(2,3,4,8 e 9)</sup>. A resposta é dada numa escala do tipo Likert com cinco pontos (discordo totalmente (1), concordo totalmente (5)). A cotação da escala é feita pela média calculada no total dos respondentes depois de inverter os itens negativos.

Dimensão cognitiva: medida numa escala de conhecimento em relação à ES, com 15 itens e possibilidade de resposta em Verdadeiro ou Falso. A cotação da escala é feita pela soma do número de respostas corretas às perguntas que pode variar entre 0 e 15.

Dimensão emocional: consta de uma escala de conforto relativamente a temas sexuais com 30 itens que medem o conforto/desconforto dos sujeitos por terem de falar em temas de Educação Sexual com os alunos. É uma escala com resposta do tipo Likert, com cinco pontos (muito desconfortável 1, muito confortável 5). A cotação da escala é feita através das médias encontradas.

Do instrumento fazem ainda parte questões sobre formação em ES, grau de participação em ações de ES e intenções de envolvimento futuro na implementação dessas ações na escola.

Para a verificação da fidelidade das escalas (Dimensão avaliativa e conforto) do questionário (QAAPES), procedeu-se à avaliação da consistência interna, calculando-se o alfa de Cronbach. O valor do coeficiente alfa de Cronbach encontrado na escala de atitudes foi de 0,81, apresentando uma boa consistência interna, muito semelhante ao do estudo de Reis e Vilar<sup>(5)</sup> o qual apresentava um alfa de Cronbach de 0,84. Na escala de conforto o valor do coeficiente alfa de Cronbach foi de 0,96, elevada consistência interna, também este valor muito semelhante ao do estudo acima referido com um alfa de Cronbach de 0,97

O Questionário Conceções e práticas da educação sexual em contexto Escolar - versão para professores<sup>(6)</sup> inclui questões relativas às conceções e às práticas da ES em contexto escolar, num total de 70 itens. A resposta é dada numa escala do tipo Likert com quatro pontos: discordo totalmente (1), discordo (2), concordo (3) e concordo totalmente (4).

O tratamento estatístico foi processado através do programa Statistical Package for the Social Sciences (SPSS) versão 20, tendo sido utilizada a estatística descritiva e inferencial.

Foram cumpridos todos os procedimentos éticos (consentimento informado, confidencialidade e anonimato), conforme a Declaração de Helsínquia de Ética em Pesquisa Envolvendo Seres Humanos. Para a aplicação dos questionários foi obtida autorização do Conselho Diretivo da Escola e da Direção Geral da Inovação e Desenvolvimento Curricular (DGIDC) registada nesta entidade com o n.º 0164200001.

## Resultados

Responderam ao questionário 26 professores sendo uma larga maioria, concretamente 69,2%, do sexo feminino (Tabela 1). As idades variaram entre os 24 e os 56 anos, sendo a média 42,85 anos com desvio padrão 8,30 anos. Metade dos professores tinha mais de 42,50 anos (idade mediana).

Quanto ao número de filhos, verifica-se que 38,5% não tinham filhos, seguidos de 30,8% que tinham dois filhos.

A maioria (80,8%) possuía a licenciatura como habilitação académica, seguidos de 11,5% que possuíam, apenas, o bacharelato.

No que concerne ao tempo de docência os professores indicaram valores compreendidos entre 3 e 34 anos, sendo o tempo médio de 19.35 anos com desvio padrão de 8.39 anos. Verifica-se, também, que 38.5% dos professores indicaram tempos de docência entre 10 e 20 anos e que 30.8% referiram tempos entre 20 e 30 anos. Metade dos inquiridos exerciam a atividade docente há mais de 19.50 anos.

Tabela 1 - Características socioprofissionais.

	n	%
Sexo		
Masculino	8	30.8
Feminino	18	69.2
Grupo etário		
< 30	2	7.7
[30 – 40[	5	19.2
[40 – 50[	12	46.2
≥ 50 < 30	7	26.9
x=42.85	Md = 42.50	s = 8.30
	$x_{\min} = 24.00$	$x_{\max} = 56.00$
Número de Filhos		
Nenhum	10	38.5
Um	6	23.1
Dois	8	30.8
Três	2	7.7
Sexo dos filhos		
Masculino	8	50.0
Feminino	2	12.5
Masculino e feminino	6	37.5
Habilitações acadêmicas		
Bacharelato	3	11.5
Licenciatura	21	80.8
Licenciatura com especialização	1	3.8
Doutoramento	1	3.8
Tempo de leccionação (anos)		
< 10	3	11.5
[10 – 20[	10	38.5
[20 – 30[	8	30.8
≥ 30	5	19.
x=19.35	Md = 19.50	s = 8.39
	$x_{\min} = 3.00$	$x_{\max} = 34.00$

No que respeita à formação na área da educação sexual (Tabela 2) a maioria dos professores, 73.1%, afirmou que não possuía formação nesta área. Dos sete professores que afirmaram ter formação, três referiram que frequentaram sessões na própria escola e os restantes quatro disseram ter frequentado cursos, colóquios/congressos, ações de formação e seminários. Questionados acerca do facto de terem promovido ou participado em alguma ação de ES, a maioria dos sete professores<sup>(4)</sup> respondeu negativamente. Os três professores que afirmaram ter participado ou promovido aquele tipo de ações, um disse que tal consistiu numa aula, outro referiu uma ação extracurricular para alunos e o terceiro indicou ação ou ações no contexto da Área de Projeto. Todos os três professores consideraram que a experiência foi globalmente positiva. Dois dos professores disseram que foram mero assistente nessa formação e, apenas, um afirmou que foi interveniente ativo. Este professor disse que se sentiu preparado e confortável para abordar os temas relativos à ES.

Tabela 2 - Formação na área da Educação Sexual.

	n	%
Formação na área de Educação Sexual		
Sim	7	26.9
Não	19	73.1
Tipo de acção frequentada		
Curso	1	14.3
Sessão na escola	3	42.9
Colóquios/Congressos	1	14.3
Acção de formação	1	14.3
Seminários	1	14.3
Promoveu ou participou em alguma acção de Educação Sexual		
Sim	3	42.9
Não	4	57.1
Em que consistiu essa acção ou programa		
Uma aula para alunos	1	33.3
Um conjunto articulado de aulas para alunos	-	0.0
Uma acção extracurricular para alunos	1	33.3
Acção ou acções no contexto da Área de Projecto	1	33.3
Como avalia essa experiência		
Acho que foi globalmente positiva	3	100.0
Houve coisas negativas, mas acho que foi bem	-	0.0
Acho que esta experiência foi mais negativa que positiva	-	0.0
Acho que esta experiência foi muito negativa	-	0.0
Qual o papel nessa acção ou programa		
Fui um(a) dos seus proponentes	-	0.0
Particpei na sua organização	- 1	0.0
Fui um interveniente activo	2	33.3
Fui um(a) mero(a) assistente		66.7

Quanto ao envolvimento em futuras acções de Educação Sexual, verificamos que onze afirmaram que tencionavam desenvolver actividades nesse âmbito, seguidos de sete que disseram estar disponíveis para colaborar com outros colegas na promoção deste tipo de acções.

Com base nos dados obtidos através da aplicação da escala de avaliação de atitudes dos professores face à Educação Sexual obtivemos os resultados que constituem a tabela 3.

Na dimensão avaliativa, expressa numa escala de 1 a 5 pontos, os professores obtiveram resultados compreendidos entre 2.60 e 4.80 pontos ( $M= 4.02$ ;  $DP= 0.48$ ). Metade dos professores apresentou resultados iguais ou superiores a 4.00 pontos. Atendendo aos resultados obtidos, podemos afirmar que os professores evidenciaram atitudes muito positivas nesta dimensão.

As questões que apresentaram médias de resposta mais elevadas permitem-nos concluir que os professores acreditam que a ES é muito importante (4.31), sendo uma responsabilidade de todos os professores (4.08). Acreditam ainda que este tipo de intervenção ajuda a prevenir o contágio com VIH (4.19). Por outro lado, discordam que esta deva ser realizada apenas pelos professores de biologia (92,3%), rejeitam a premissa de que pode estimular comportamentos sexuais precoces nos jovens (84,6%) ou de que a sexualidade se vai aprendendo ao longo da vida e não na escola (65,4%).

Em relação à escala de conhecimentos que varia entre um mínimo de 1 e um máximo de 15 pontos, foram encontrados altos conhecimentos ( $M= 9.81$ ;  $DP= 2.59$ ).

Na escala de conforto em falar de temas de sexualidade, expressa numa escala entre 1 e 5 pontos, observámos valores compreendidos entre 2.10 e 4.63 pontos, pudemos registar uma média que revela um nível de conforto razoável ( $M= 3.56$ ;  $DP= 0.61$ ). Foram encontrados níveis mais altos de conforto em itens como “Amor”, “Preservativo”, “Ciclo menstrual” ou “Gravidez na adolescência” e níveis mais baixos em itens como “Erotismo”, “Sexo oral ou anal” ou “Masturbação”.

Tabela 3 - Medidas descritivas observadas para as dimensões da escala de Avaliação de Atitudes dos Professores face à Educação Sexual.

Dimensão	x	Md	s	$x_{\min}$	$x_{\max}$
Avaliativa	4.02	4.00	0.48	2.60	4.80
Conhecimentos em relação à Educação Sexual	9.81	9.00	2.59	6.00	14.00
Conforto relativamente aos temas sexuais	3.56	3.67	0.61	2.10	4.63

Não se verificaram diferenças significativas entre os géneros face às três escalas. Também não se verificou nenhuma correlação entre a idade dos docentes e o resultado das escalas, nem se constataram diferenças estatisticamente significativas entre os docentes que receberam formação e os que não o fizeram face às três escalas.

Verificou-se no entanto, uma associação forte entre a atitude dos professores em relação à ES e o conforto na abordagem dos temas sobre sexualidade ( $r=0,601$ ;  $p<0,001$ ) (Tabela 4).

Tabela 4 - Correlação entre atitudes dos professores face à ES, conhecimentos e conforto na abordagem dos temas.

		Atitudes	Conforto	Conhecimento
Atitudes	Correlação Pearson	1	,601**	,331
	p		,001	,099
	N	26	26	26
Conforto	Correlação Pearson	,601**	1	,086
	p	,001		,677
	N	26	26	26
Conhecimento	Correlação Pearson	,331	,086	1
	p	,099	,677	
	N	26	26	26

\*\*Correlação é significativa ao nível de 0.01

Para avaliar as práticas da Educação Sexual em contexto escolar procedemos à análise das respostas dadas pelos professores em cada um dos 70 itens propostas por Lourenço. Agrupámos os itens em função das concepções (como, quando, quem, finalidades, importância e papel dos outros intervenientes) e das práticas (formação, interesse e motivação, contributo dos documentos de política educativa, o que fazem intencionalmente, o que fazem quando são abordados pelos alunos e como fazem intencional).

Para os professores, a principal finalidade da educação sexual é desenvolver as competências dos alunos para que consigam viver a sua sexualidade de uma forma mais saudável.

No que respeita às concepções da Educação Sexual relativas ao “como”, constatou-se que 57.7% dos professores concordaram com a afirmação «a educação sexual deveria ser uma disciplina obrigatória». Entendem que diz respeito a todos os professores (96.2%) e que deve ser abordada preferencialmente nas componentes letivas. Deve ser transversal, mas ter

um programa definido para cada área curricular disciplinar e não disciplinar (65.4%). Planejada, de forma sistemática, em cada Conselho de Turma (69.2%).

A maioria não concordou que deve ser só da responsabilidade dos pais, porque é uma questão da família (96.1%), que deveria apenas ser tratada pelo diretor(a) de turma na formação cívica (92.3%) e que a coordenação das atividades e projetos de ES, em cada turma, deveria ser da responsabilidade do respetivo diretor(a) de turma» (65.4%). As opiniões dos professores repartiram-se entre a concordância e a discordância nos itens «a ES na escola, deveria ser abordada apenas por professores com formação especializada em ES» (50.0%), «a disciplina de ciências da natureza é aquela que está mais vocacionada para desenvolver os temas da ES» (46.2% e 53.8%) e «a ES, na escola, deveria ser lecionada por médicos, enfermeiros, psicólogos ou outros técnicos especializados» (53.9% ou 46.1%).

Todos os professores (100.0%) reconhecem que não é uma questão de “moda” e para 24 dos 26 professores (92.3%) é um conteúdo importante e necessário.

No âmbito das práticas e no que respeita à “formação, interesse e motivação” (Tabela 5), verificamos que metade dos professores não se sentem motivados(as) para abordar temas relacionados com a sexualidade na sala de aula. Todos os professores consideram que para abordar a ES nas suas aulas gostariam de ter apoio dos técnicos especializados (100.0%), que não têm problemas em falar dos temas relacionados com a sexualidade, mas não sabem como o fazer de forma adequada (57.7%). Metade dos inquiridos considera ainda que tem tido alguma dificuldade em trabalhar a educação sexual nas suas aulas, porque não existem diretrizes centrais claras (57.7%). Outros ainda fazem referência à falta de conhecimentos científicos necessários (46.2%) e ausência de materiais didáticos para o fazer (30.7%).

Relativamente à formação em ES e à preparação dos conhecimentos científicos, as opiniões dividem-se. Cerca de metade dos professores, 14, considera ter os conhecimentos científicos necessários para lecionar os temas enquanto 12 consideram não ter essa preparação.

Tabela 5 - Formação, interesse e motivação.

Itens	Discordo totalmente		Discordo		Concordo		Concordo totalmente	
	n	%	n	%	n	%	n	%
Não me sinto motivado(a) para abordar temas relacionados com a sexualidade na sala de aula	7	26.9	6	23.1	12	46.2	1	3.8
Não me sinto muito motivado(a) para abordar a educação sexual nas minhas aulas, porque sinto falta de apoio do Conselho Executivo da escola	7	26.9	16	61.5	2	7.7	1	3.8
Para abordar a educação sexual nas minhas aulas gostaria de ter apoio dos técnicos especializados	-	0.0	-	0.0	18	69.2	8	30.8
Não abordo os temas relacionados com a sexualidade, nas minhas aulas, porque tenho pouco à vontade para falar desses temas	9	34.6	11	42.3	6	23.1	-	0.0
Não leciono a educação sexual nas minhas aulas porque não possuo os conhecimentos científicos necessários	5	19.2	9	34.6	10	38.5	2	7.7
Nas minhas aulas só abordarei os temas da sexualidade se for obrigado(a)	7	26.9	15	57.7	1	3.8	3	11.5
Tenho tido alguma dificuldade em trabalhar a educação sexual nas minhas aulas, porque não existem diretrizes centrais claras	1	3.8	10	38.5	13	50.0	2	7.7
Não tenho problemas em falar dos temas relacionados com a sexualidade, mas não sei como o fazer de forma adequada	1	3.8	10	38.5	15	57.7	-	0.0
Não trabalho mais vezes a educação sexual nas minhas aulas porque ninguém me deu materiais didáticos para o fazer	3	11.5	15	57.7	7	26.9	1	3.8

Analogamente, a opinião dos professores divide-se quanto ao contributo dos documentos de política educativa. 19 professores consideram esses documentos insuficientes para apoiar a prática, metade (13) consideram-nos ambíguos e que, os que existem, não ajudam na prática. No entanto, a maioria (73.0%) concorda que na escola os documentos educativos relativos à ES estão à disposição de quem os queira consultar/usar.

Quanto a “como fazem intencionalmente”, no que concerne ao contexto de sala de aula, a maioria dos professores fala abertamente com os seus alunos sobre todos os assuntos relacionados com a sexualidade (69.2%) e utilizam sempre os termos científicos na abordagem desses temas (69.2%). As atividades de ES que propõem aos seus alunos são essencialmente informativas (73.1%), não sendo planificadas de forma sistemática, pois surgem das dúvidas colocadas pelos alunos (57.7%).

Relativamente à planificação e coordenação das atividades/projetos de ES na escola, a maioria dos professores considera que não existe nenhuma equipa coordenadora, responsável pela planificação e coordenação dessas atividades (61.5%) e que não é habitual discutirem-se as atividades e projetos de ES no Conselho Pedagógico (57.7%).

## Discussão

O objetivo deste estudo centrou-se essencialmente em conhecer as conceções e práticas dos professores em relação à ES na escola, assim como avaliar os seus conhecimentos e nível de conforto na abordagem destes temas.

Os dados do diagnóstico mostraram que os professores atribuem grande importância à ES em meio escolar, manifestam conhecimentos sobre o tema, contudo muitos dos docentes reconhecem não ter formação suficiente para o fazer. O que vai ao encontro do estudo de Reis e Vilar<sup>(5)</sup> no qual os resultados demonstraram que os professores portugueses têm uma atitude positiva em relação à implementação da ES nas escolas, têm bons níveis de conhecimentos e mostram-se disponíveis para que esta seja efetivamente desenvolvida. Outro estudo<sup>(23)</sup>, desenvolvido em Inglaterra, revela que os professores sentem que têm pouca formação/formação para abordar alguns temas de sexualidade. Os resultados revelam que embora o conhecimento geral dos professores sobre ES esteja num bom nível, o conhecimento específico relativamente a infeções sexualmente transmissíveis e ao uso da pílula do dia seguinte é pobre, o que pode ser explicado pela carência de formação que os próprios professores afirmam ter.

De fato não podemos perder de vista que para uma abordagem mais consistente da ES em meio escolar os professores devem receber formação e treino, assim como terem abertura para o tema e elevada motivação para o seu ensino<sup>(24)</sup>.

No nosso estudo a valorização da ES é espelhada pelas respostas dos professores, no entanto cerca de metade, não se sentia motivado para tratar os temas relacionados com a sexualidade na sala de aula. As dificuldades apontadas foram essencialmente a necessidade de apoio de técnicos especializados, a falta de diretrizes centrais claras, a falta de conhecimentos científicos necessários e a ausência de materiais didáticos. Os obstáculos didáticos parecem perpetuar-se no tempo, já em 1996, Haignere e colegas<sup>(25)</sup>, constataram que os professores que participaram no seu estudo referiram a falta de materiais como o maior obstáculo à abordagem da educação para a sexualidade, seguindo-se a falta de tempo.

Também Anastácio<sup>(19)</sup> no seu estudo ao tentar perceber quais os argumentos dos professores do 1.º Ciclo do Ensino Básico para abordarem ou para não abordarem a ES na escola, verificou que os argumentos apresentados a favor da abordagem foram pelo exemplo positivo, pela consequência positiva, pela causa, pela autoridade concedida pela legislação e pela natureza das coisas, tendendo para uma coerência científica. Pelo contrário, os argumentos para a não abordagem e contra a ES foram, principalmente, argumentos sobre a pessoa (colocando em causa a competência dos professores), de autoridade para as famílias em detrimento dos professores e pelo exemplo, mas negativo, aconselhando os futuros professores através de uma argumentação retórica. Ainda de acordo com a mesma autora, as posições intermédias, ditas de evitação, expuseram argumentos justificativos da não abordagem, caracterizados essencialmente por argumentação moral, pela analogia e pela ignorância, assentando numa lógica não formal. Segundo a autora<sup>(19)</sup>, nestas posições evidencia-se um sentimento de insegurança como argumentação de causalidade da não abordagem.

Apesar dos aspetos atrás referidos, os professores, ao perceberem a possibilidade de usufruírem de formação em ES, manifestaram a intenção de desenvolver futuramente, ou colaborar com outros colegas, na promoção destas ações.

A formação em ES e a existência de uma equipa de trabalho que apoie os professores após a formação é terminante, uma vez que os professores, por si só, consideram-se agentes de formação em ES mas, por questões de insegurança, falta de vontade e falta de formação específica têm dificuldade em colocar em prática.

## Conclusão

Os resultados do estudo, possibilitaram identificar a complexidade do fenómeno. A educação sexual na escola é reconhecida como uma prioridade. Os professores referem que diz respeito a todos os professores, que deve ser transversal e ter um programa definido para cada área curricular disciplinar e não disciplinar, planeada, de forma sistemática, em cada Conselho de Turma.

Sendo a educação sexual na escola uma prioridade, é crucial que os docentes, assim como os técnicos de saúde e pais, se consciencializem da importância do seu papel em todo o processo e que unam esforços no sentido da sua operacionalização. É imprescindível ter como fio condutor, que ensinar educação sexual é muito mais abrangente do que transmitir informações relacionadas com o sexo, passa por reflectir sobre emoções, sentimentos e atitudes, treinar competências de vida e fornecer informação científica sobre fisiologia humana<sup>(26)</sup>.

Neste sentido é indispensável que as intervenções de educação para a saúde, e a educação sexual como parte integrante desta, sejam baseadas numa perspectiva de desenvolvimento dos jovens, aferidas para o contexto a que se destinam<sup>(13)</sup>, alicerçadas na evidência científica e, realizadas por profissionais com conhecimentos na área de intervenção, para os quais convergem os sectores da saúde e da educação<sup>(27)</sup>.

## Referências Bibliográficas

1. Simões C. Matos M. Comportamentos de risco na adolescência: factores associados ao início precoce da actividade sexual. In: Matos, M. Sexualidade: afetos e cultura. Gestão de problemas de saúde em meio escolar. Lisboa (PT): Coisas de ler Edições; 2010. p.33-55.
2. Caldeira E. Promoção da saúde e desenvolvimento dos adolescentes: A educação sexual em contexto escolar [tese de doutoramento]. Lisboa: Universidade de Lisboa; 2015.
3. Ferreira P. Contextos da iniciação sexual: idade, relacionamento e geração. In Ferreira PM, Cabral M. *et al.* (orgs.). Sexualidades em Portugal: Comportamentos e riscos. Lisboa (PT): Editorial Bizâncio; 2010. p.231-288.
4. Caldeira E. Comportamentos sexuais dos adolescentes. *Servir*. 2005; 53(1): 29-39.
5. Reis M, Vilar D. A implementação da educação sexual na escola: Atitudes dos professores. *Análise Psicológica*. 2004; 4 (XXII): 737-745.

6. Lourenço, M. Educação sexual em contexto escolar: das concepções às práticas [manuscrito não publicado]. Coimbra (PT): Universidade de Coimbra, Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação; 2007.
7. Lei 3/84. Educação Sexual e Planeamento Familiar. Diário da República. 1985; I<sup>a</sup>-série, n.º-71: p. 3-24.
8. Lei 60/2009. Estabelece o regime de aplicação da educação sexual em meio escolar. Diário da república. 2009 agosto 6; 1<sup>a</sup> Série, N°151: p5097-5098.
9. Vilar D, Carriço E. Kit educativo- Saúde e sexualidade: 2º ciclo. Lisboa (PT): Associação para o Planeamento da Família; 2009.
10. Afonso E, Lucas A. A sexualidade na adolescência. *Servir*. 2001 julho-agosto; 49(4): 165-171.
11. Marques A. *et al.* (coord.) Educação Sexual em Meio Escolar - Linhas orientadoras. Lisboa (PT): Ministério da Educação, Ministério da Saúde; 2000.
12. Vaz J, Vilar D, Cardoso S. Educação Sexual na Escola. Lisboa (PT): Universidade Aberta; 1996.
13. Ramiro L, Matos M, Vilar D. Factores de sucesso da Educação Sexual em Meio escolar. *Educação Sexual em Rede*. 2008; (3): 8-13.
14. Sampaio D. Sexualidade na adolescência. In: Barbosa A, Gomes-Pedro J. Sexualidade. Lisboa (PT): Departamento de Educação Médica, Faculdade de Medicina de Lisboa; 2000.
15. Ewles L, Simnett I. Promoting health: A practical guide. London (UK): Baillière Tindall; 1999.
16. Hagan JF. *et al.* *Pediatrics*. Career and Technical Education. 2001; 108(2).
17. Rifkin S, Pridmore P. Partners in planning: Information, participation and empowerment. *Health Promotion International*. 2002; (17): 285-286.
18. Sampaio D. *et al.* (coords.). Grupo de trabalho de educação sexual. Educação para a saúde: relatório preliminar. Lisboa [PT: Direcção-Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular, Ministério da Educação; 2005.
19. Anastácio Z. Educação Sexual no 1.º CEB: Concepções, Obstáculos e Argumentos dos Professores para a sua (não) Consecução [tese de doutoramento]. Braga (PT): Universidade do Minho; 2007.

20. Leurs M. *et al.* Focus points for school health promotion improvements in Dutch primary schools. *Health Education Research*. 2007; 22(1): 58–69.
21. Kirby D, Laris B, Roller L. *Sex and HIV Education. Programs for Youth: Their Impact and Important Characteristics*. Scotts Valley (US): Family Health International; 2006.
22. Mason S. Braving it out! An illuminative evaluation of the provision of sex and relationship education in two primary schools in England. *Sex Education*. 2010; 10(2): 157- 169.
23. Westwood J, Mullan B. Knowledge and attitudes of secondary school teachers regarding sexual health education in England. *Sex Education*. 2007 May; 7(2): 143-159.
24. World health organization WHO (CH) Standards for sexuality education in Europe: A framework for policy makers, educational and health authorities and specialists. Cologne (DE): Federal Centre for Health Education; 2010.
25. Haignere C. *et al.* Teachers' receptiveness and comfort teaching sexuality education and using non-traditional teaching strategies. *The Journal of School Health*. 1996; 66(4): 140-144.
26. Ramiro L, Reis M, Matos M. Educação sexual: propostas para escolas. In: Matos M. *Sexualidade, afectos e cultura: Gestão de problemas de saúde em meio escolar*. Lisboa (PT): Coisas de Ler; 2010. P. 203-244.
27. Caldeira E, Lopes M, Arranca A. Educação Sexual no 2º Ciclo do Ensino Básico. Do Diagnóstico de Situação à Intervenção. In: Albuquerque C. (Org.). *Comportamentos de Saúde Infanto-Juvenis: Realidades e perspectivas*. Viseu (PT): Instituto Politécnico de Viseu, Escola Superior de Saúde; 2012. p. 495 – 504.

Correspondência: [ecaldeira@uevora.pt](mailto:ecaldeira@uevora.pt)



