

See discussions, stats, and author profiles for this publication at: <https://www.researchgate.net/publication/327822029>

# Vulnerabilidade Mental na Transição para a Adultícia e Informação em Saúde como Cuidado de Enfermagem

Conference Paper · November 2011

CITATIONS

0

READS

3

1 author:



[Maria Jose Nogueira](#)

Escola Superior de Saúde Atlântica (ESSATLA)

60 PUBLICATIONS 2 CITATIONS

[SEE PROFILE](#)

Some of the authors of this publication are also working on these related projects:



Estudo de Caracterização da População em Situação de Sem Abrigo em Lisboa [View project](#)



The Fight Against Drugs & Álcool Abuse – FADAT. [View project](#)

## Vulnerabilidade Mental na Transição para a Adulthood e Informação em Saúde como Cuidado de Enfermagem

Maria José Carvalho Nogueira - Professora Adjunta, PhD Student, MSc, RN. ESEL-Dep. Enfermagem Saúde Mental, e-mail: [mjnogueira@esel.pt](mailto:mjnogueira@esel.pt)

### **PALAVRAS-CHAVE:** Vulnerabilidade Mental, Transição para Adulthood, Cuidado de Enfermagem e Informação em Saúde

**Resumo:** O presente trabalho tem como objectivo versar sobre a *vulnerabilidade mental na transição para adulthood no contexto contemporâneo da informação em saúde*. Foi apresentado sob a forma de conferência proferida no III Congresso SPESM: Informação e Saúde Mental, partindo dos conceitos-chave. A **Vulnerabilidade Mental**, é a tendência de experienciar sintomas psicossomáticos e dificuldades nas relações interpessoais, e os indivíduos mentalmente vulneráveis apresentam tanto sintomas somáticos como mentais e dificuldades na socialização e relação com os outros, que comprometem o seu bem-estar e a sua saúde. A **Transição para Adulthood** é uma etapa do desenvolvimento humano onde convergem tarefas desenvolvimentais de grande complexidade e factores que favorecem uma condição de maior vulnerabilidade ao sofrimento e ao adoecer mental, e pode ser sentida como ameaçadora e vivida com muita ansiedade, comprometendo a saúde mental. O **Cuidado de Enfermagem** visa facilitar os momentos transicionais que imprimem desequilíbrios, e que geram simultaneamente, respostas positivas e negativas. Para a prática de enfermagem as actividades de **Informação em Saúde** são determinantes para antecipar e disponibilizar cuidados promotores de comportamentos mais saudáveis, e para conceber estratégias de intervenção ajustadas às necessidades e peculiaridades dos jovens em transição para adulthood, visando favorecer uma transição harmoniosa e fomentar uma saúde mental positiva.

A vulnerabilidade é um conceito genericamente definido como a *possibilidade de ser ferido ou de estar em perigo*, deriva etimologicamente do latim *vulnus (eris)* que significa *ferida* e *vulnerare* (verbo) *provocar um dano, uma injúria* (Barchifontaine, 2006). O conceito de vulnerabilidade foi associado pela primeira vez à saúde, no contexto da epidemia *AIDS*, por Mann e colaboradores, quando publicou, em 1992, o livro "*Aids in the world*" nos Estados Unidos (Ayres, 1999).

A revisão da literatura permite constatar que se trata de um conceito complexo, conotado com diferentes significados, perspectivas e aplicações, desde um primitivo ponto de vista da

susceptibilidade estatística, ou risco de sofrer uma agressão (visão epidemiológica), até uma concepção mais recente, reconhecida pela enfermagem, que contém a experiência individual, subjectiva e única de “sentir-se vulnerável” (Irurita, 1999; Spiers in Cutcliffe & McKenna, 2005; Nichiata, Bertolozzi, Takahashi & Fracoli, 2008).

No âmbito da disciplina de enfermagem a vulnerabilidade tem implícita a susceptibilidade individual para desenvolver problemas de saúde, dano ou negligência (Phillips, 1992) e, desde a década de oitenta, integra também a responsabilidade pessoal de sofrer ou vir a sofrer um dano, bem como a dimensão de risco ambiental, enquanto ameaça à saúde. Dito de outro modo, a vulnerabilidade resulta tanto das características individuais, como do risco proveniente de factores ambientais.

Stevens, Hall, & Meleis, (1992) contestam esta perspectiva, por considerarem que “culpabiliza” o indivíduo. Desenvolvem uma nova abordagem ao conceito, centrada nas experiências vividas, definindo vulnerabilidade como “*a person's experience of being unprotected and open to damage in threatening environments*” (Stevens et al, 1992 p.764). Agregando, ao conceito de vulnerabilidade para além da noção de risco, o conceito de resiliência, como determinantes do fenómeno de sentir-se vulnerável.

Em concordância com esta perspectiva, Rogers (1997) defende a importância do conceito de vulnerabilidade para os cuidados de enfermagem dadas as suas inúmeras implicações na saúde, e destaca que a experiência de *sentir-se vulnerável gera stress e ansiedade que por sua vez afecta física e psicologicamente as pessoas assim como o seu funcionamento social*. Para a autora, ser vulnerável é “o estado de encontrar-se sujeito a ser magoado física ou emocionalmente” e/ou “*ser responsável por um dano ou por se colocar em situações de susceptibilidade de ser sujeito a uma agressão*” (Rogers, 1997 p.66). A autora defende ainda que, como humanos, todos somos vulneráveis em alguma altura da vida, no entanto algumas pessoas são mais susceptíveis de desenvolver problemas de saúde que outros. Defendendo que a vulnerabilidade, entendida como susceptibilidade à deterioração de funcionamento diante de stress, é determinada por factores pessoais, ambientais, e por condições e circunstâncias únicas que podem ser minimizadas ou revertidas.

Autores como Spiers (2000) e Nichiata et al (2008) enfatizam esta visão subjectiva de *sentir-se vulnerável*, e associam a vulnerabilidade às diferenças individuais e às formas singulares que os

indivíduos têm para lidar com as dificuldades ambientais, bem como à complexa interacção entre a predisposição individual à vulnerabilidade e o ambiente vivenciado.

Spiers (2000,2005), distingue as perspectivas *etic* e *emic* da vulnerabilidade, e deste modo complementa esta visão mais compreensiva deste conceito. A primeira, *etic*, ancorada em fontes epidemiológicas do risco e que pode ser objectivada por um conjunto de atributos (Phillips, 1992; Spiers, 2005). A perspectiva *emic*, emerge da visão subjectiva e da assunção de que “*a vulnerabilidade existe como experiencia vivida e única*” que posiciona a vulnerabilidade num contexto psicossocial e cultural. Assim, na óptica desta autora a vulnerabilidade é o “*risco ou susceptibilidade de ser magoado física ou emocionalmente, ou estar exposto a factores condicionantes como sexo, condição social ou determinada fase de desenvolvimento*”, mas integra necessariamente, a percepção individual de sentir-se vulnerável (Spiers, 2005 p.334).

Do conceito mais amplo de vulnerabilidade deriva o conceito de **Vulnerabilidade Mental** (Bellenzani et al, 2005<sup>1</sup>; Eplov et al, 2010<sup>2</sup>), que tem implícito que os indivíduos mentalmente vulneráveis apresentam tanto sintomas psicossomáticos como mentais, e dificuldades na socialização e relação com os outros, comprometendo o seu bem-estar e a sua saúde. Definem vulnerabilidade mental como “*a tendência de experienciar sintomas psicossomáticos ou dificuldades nas relações interpessoais*” (Rogers, 1997; Eplov et al, 2010 p.1). Estes sintomas podem ser mensuráveis a partir da sua manifestação em três dimensões: sintomas somáticos; sintomas mentais e problemas interpessoais (*The Mental Vulnerability Questionnaire*<sup>3</sup>, Eplov et al, 2010).

A evidência documenta que as pessoas com vulnerabilidade mental apresentam comportamentos/estilos de vida menos saudáveis que a população em geral e alguns autores estabeleceram uma clara associação entre vulnerabilidade mental e diversas doenças (Kay & Jorgensen, 1994; Rosenstock, 1996 *in* Eplov, 2010). Na Dinamarca Juul (*in* Eplov, 2010) verificou que a vulnerabilidade mental é dez vezes superior nas pessoas que recebem algum tipo de pensão por

---

<sup>1</sup> Bellenzani, R., Malfitano, A., Valli, C. (2005).

<sup>2</sup> Eplov, L., Petersen, J., Jørgensen, T., Johansen, C., Birket-Smith, M., Lyngberg, A., Mortensen, E. (2010)

<sup>3</sup> Originalmente desenvolvido pelo *Military Psychological Services* na Dinamarca nos anos sessenta com 27 itens foi mais tarde desenvolvida uma versão reduzida de 12 itens por Andersen & Sorensen, (1979)

problemas financeiros e insucesso escolar, a idade e o género (Huang et al, 2009; Hunt, J., & Eisenberg, D. 2010).

Como factores protectores da saúde mental na transição para adultícia, a evidência tem vindo a referir a importância do suporte e das relações familiares, assim a presença de redes de suporte social e de pares são protectores de primeira linha (Prinstein, M., Borelli, J., Cheah C., Simon, V. & Aikins, 2005; SOUSA, F. (2009); Hamaideh, S. (2011), e ter pelo menos uma relação afectiva gratificante com um adulto e ter esperança, tem igualmente um efeito protector para os jovens. Num estudo longitudinal recente com estudantes universitários Barry & York, (2011) demonstram um efeito directo e protector entre a religião/espiritualidade e depressão nos estudantes.

O cuidado de enfermagem visa facilitar as transições desenvolvimentais e inerentes aos processos de saúde/doença, dado que estas imprimem desequilíbrios, e geram simultaneamente respostas positivas e negativas na pessoa que as vivencia (Schumacher & Meleis, 2001). Para tal, as “intervenções de enfermagem que tem por alvo um cliente em transição inscrevem-se na compreensão a partir da perspectiva de quem a experiencia” (Zagonel, 1999, p.28). Por outro lado, devem ocorrer nos períodos antecipatórios e de preparação para a mudança de papéis, com a intenção de prevenir os efeitos negativos dos mesmos nos indivíduos.

O cuidado transicional concretiza-se activando e/ou reforçando todos os recursos do cliente, fornecendo-lhe suporte e esperança positiva, oferecendo e transmitindo-lhe informação em saúde, sobre os processos de mudança e adaptação positiva e sobre saúde mental (Schumacher & Meleis, 2001).

Conhecer tanto os factores de vulnerabilidade como os de protecção dos jovens em transição para adultícia é importante, uma vez que esse conhecimento guia o processo de cuidados facilitadores das transições. Por outro lado, a transição será melhor sucedida ao conhecer-se: o que desencadeia a mudança; a antecipação do evento; a preparação para mover-se dentro da mudança; a possibilidade de ocorrerem múltiplas transições em simultâneo (Schumacher & Meleis, 2001).

Este conhecimento é particularmente relevante para a implementação de cuidados de enfermagem promotores de saúde mental e programas de prevenção da doença mental, bem como para a disseminação e disponibilização da informação e de ajuda nos formatos e nos locais onde se sabe que

os jovens a consomem: a escola, a universidade e a internet (Webster & Harrison, 2008; Horgan & Sweeney, 2010).

Comunicar, receber e transmitir informação, trabalhar e relacionar-se socialmente, está actualmente relacionado com as tecnologias de informação e comunicação (TIC). Deste modo, também o debate e a reflexão sobre as questões da saúde, sobre atitudes e comportamento humano, e muito particularmente sobre vulnerabilidades e problemas de saúde mental, e passam necessariamente tanto pela informação em saúde mental veiculada através do uso das TIC, como pela sua gestão e qualidade.

O domínio e o manejo do TIC são por ventura a “competência de excelência” dos jovens de hoje, sobretudo dos estudantes. Estes “*cibernautas*” navegam confortavelmente no democrático espaço virtual, acedendo ao disponível conhecimento global e à informação sobre saúde em tempo real, nas diversas fontes de conhecimento e partilha de informação (Berger et al, 2005; Chambers & Murphy, 2011).

Num recente estudo realizado na Irlanda por Horgan & Sweeney (2010), as autoras verificaram que de todas as TIC a *Internet* é a que mais influencia os hábitos de vida dos jovens, e que a informação na *internet* pode trazer alívio para a ansiedade, pela via do entretenimento e informações úteis para a solução de problemas pessoais. As autoras constataram também que a depressão é a primeira razão, de entre todas as que levaram os jovens a usar a *internet* para procurar informação sobre problemas de saúde, seguida da procura de informação relativa à escola, e em terceiro lugar estes jovens procuram informação genérica sobre problemas de saúde mental e outras doenças (Horgan & Sweeney, 2010).

No âmbito da complexidade da saúde mental vs vulnerabilidade mental as intervenções com fim informativo são determinantes no que respeita à promoção de comportamentos mais saudáveis e ajustados, tais como: sugerir e recomendar mudanças de comportamento, educar e informar sobre a saúde/doença mental, elucidar sobre como evitar riscos, ajudar a lidar com ameaças para a saúde, recomendar medidas preventivas e actividades de autocuidado (Berger et al, 2005; Chambers & Murphy, 2011; Horgan & Sweeney, 2010).

Para a prática clínica de enfermagem gerir a informação em saúde é fundamental para conceber estratégias de intervenção ajustadas às necessidades e peculiaridades dos jovens em transição para

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=a9h&AN=35868412&lang=es&site=ehost-live>

24. Hunt, J., & Eisenberg, D. (2010). Mental health problems and help-seeking behavior among college students. *Journal of Adolescent Health, 46*(1), 3-10. Retrieved from CINAHL Plus with Full Text database.
25. Irurita, V. (1999). The problem of patient vulnerability Collegian. *Journal of the Royal College of Nursing Australia*. Volume 6, Issue 1, pages 10-15
26. Kenny, B. & Holaham, J. (2008). Depressive Symptoms and Cigarette Smoking in a College Sample. *Journal of American College Health*, vol. 56.n4. Retrieved from Academic Search Complete database.
27. Kralik, D., Visentin, K. & Loon, A. (2006). Transition: a literature review. *Journal of Advanced Nursing* 55(3), 320-329.
28. Meleis, A. (2006). Theoretical nursing. Development and Progress 2<sup>o</sup> ed. Chapter- 6: The Discipline of Nursing and Its Domain of Knowledge. Philadelphia: Lippincott
29. Morse J. (1997). Resposta às ameaças à integridade de si mesmo. Os avanços na área de Enfermagem em ciências 19, 21 – 36.
30. Nichiata, L., Bertolozzi, M., Takahashi, R. & Fracoli, L. (2008). A utilização do conceito “vulnerabilidade” pela Enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem* Setembro/Outubro, nº16 (5)
31. Philips C. (1992). Vulnerabilidade em sistemas familiares: pedido de anteparto. *Oficial de Enfermagem Neonatal Perinatal* e 6, 26 – 36.
32. Prinstein, M., Borelli, J., Cheah, C., Simon, V. & Aikins, J. (2005). Adolescent girls' interpersonal vulnerability to depressive symptoms: a longitudinal examination of reassurance-seeking and peer relationships. *Journal Abnormal Psychology*. Nº 114 (4): 676-88.
33. Rogers, A. (1997). Vulnerability, health and health care. *Journal of Advanced Nursing*, Vol. 26, Issue 1; p. 65-72
34. Santos, L. (2000). Vivências académicas e rendimento escolar: estudo com alunos Universitários do 1<sup>o</sup> ano. Dissertação de Mestrado em Psicologia Escolar apresentada ao instituto de Educação e Psicologia da Universidade do Minho, sob a orientação do Professor Doutor Leandro Almeida, no quadro do Projecto de Investigação “ Cognição, Aprendizagem e Desenvolvimento” do CEEP-UM.
35. Schwartz, L. & Friedman, H. (2009). College Students Suicide. *Journal of college students psychopathology*, 23 : 78-102

36. De Souza, M., Baptista, A. & Baptista, M. (2010). Relation Between Family Support, Mental Health and Risk Behavior in Undergraduates Students. *Act.Colom.Psicol.*, Jan/June 2010, Vol.13, No.1, P.143-154. Issn 0123-9155.
37. Sousa, F. (2009). Prioridades de Investigação em Saúde Mental em Portugal: As perspectivas de um painel Delphi de psiquiatras e pedopsiquiatras. *Revista Portuguesa de Saúde Publica*, 24 (1), 103-114.
38. Spiers, J. (2000). New perspectives on vulnerability using *emic* and *etic* approaches. *Journal of Advanced Nursing*, 31(3), 715-721, publicado on-line em 2008
39. Spiers, (2005). A Concept Analysis of Vulnerability. In John Cutcliffe & Hugh McKenna. *The Essential Concepts of Nursing*. Editors: John Cutcliffe and Hugh McKenna. Elsevier. Churchill Livingstone.
40. Ståhlbrandt, H., Andersson, C., Johnsson, K., Tollison, S., Berglund, M. & Larimer, M. (2008). Cross-cultural patterns in college student drinking and its consequences--a comparison between the USA and Sweden. *Alcohol and alcoholism (Oxford, Oxfordshire)*, 43(6), 698-705.
41. Stevens, P., Hall, J. & Meleis, A. (1992). Examining vulnerability of women clerical workers from five ethnic/racial groups. *Western journal of Nursing Research*, vol. 14, 754-774.
42. Szumilas, M.; Kutcher, S.; LeBlanc, J. & Langille, D. (2010). Use of School-Based Health Centres for Mental Health Support in Cape Breton, Nova Scotia. *The Canadian Journal of Psychiatry*, Voi 55, No 5.
43. Tripp-Reime, T. (2007). Reconceptualizing the Construct of Health: Integrating Emic and Etic Perspectives. *Research in Nursing & Health*, vol. 7(2): 101-109.
44. Walker, (2009). A Longitudinal Study on the Psychological Well-Being of College Students. Poster presented on the 117th Convention of the American Psychological Association, 2009. St. Bonaventure University. NY
45. Webster & Harrison (2008). Constructing a research based pre-care model to improve mental health interventions for young people. *Australian Journal of Advanced Nursing*, 25 (4), 31-39. Retrieved from CINAHL Plus with Full Text database.
46. Zagonel, I. (1999). O Cuidado Humano Transicional na Trajectória de Enfermagem. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto, vol. 7, nº 3, p. 25-32.