



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

ADOLESCENTE EM RISCO
ADOLESCENT AT RISK

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com Especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por

Gonçalo José Ferreira Clemencio Pereira

Lisboa - 2016



CATOLICA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
ESCOLA DE ENFERMAGEM

LISBOA · PORTO

ADOLESCENTE EM RISCO
ADOLESCENT AT RISK

Relatório de Estágio apresentado à Universidade Católica Portuguesa para
obtenção do grau de mestre em Enfermagem, com Especialização em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Por

Gonçalo José Ferreira Clemencio Pereira

Sob a orientação de Prof. Doutora Margarida Lourenço

Lisboa - 2016

*“Pensar sem aprender torna-nos caprichosos,
e aprender sem pensar é um desastre.”*

Confúcio.

DEDICATÓRIA

A etapa que aqui termina foi árdua ainda assim possível, com o apoio incondicional das pessoas que me rodeiam.

Dedico pois este trabalho á minha esposa, aos meus filhos e ao meu pai, que foram as pessoas que mais sentiram a minha ausência e de quem eu mais senti falta.

AGRADECIMENTOS

Seria imperdoável não demonstrar aqui um agradecimento às Enfermeiras/Colegas que orientaram e colaboraram comigo neste percurso.

RESUMO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular com o mesmo nome, do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa.

Com este documento pretendo relatar de forma reflexiva e sucinta o caminho vivido, os objetivos formulados, as atividades desenvolvidas e as aprendizagens efetuadas, no decurso dos módulos de estágio, que compõem a fase final deste curso.

Os estágios preconizados estão divididos em três módulos. O primeiro é dividido em duas áreas, a de recursos da comunidade, que realizei numa consulta externa de adolescentes e a de cuidados de saúde primários, que desenvolvi numa unidade de cuidados à comunidade. Nesta última elaborei um projeto para consulta de enfermagem do adolescente, realizei diversas atividades de promoção de saúde e ainda participei em atividades da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens. O segundo módulo dedicado à prestação de cuidados num serviço de internamento de pediatria, foi concretizado num hospital central, tendo eu desenvolvido material de suporte informativo para apoio aos adolescentes e pais. O terceiro e último módulo é dividido em duas áreas, a saber a neonatologia, onde prestei cuidados ao grande prematuro, e onde também realizei atividades de promoção à maternidade saudável na adolescência e o estágio de urgência pediátrica, que não efetuei por ter tido creditação por experiência profissional.

Entre as competências adquiridas destaco algumas, nomeadamente: a promoção da parentalidade; da capacidade para gerir o regime e da reinserção social; o diagnóstico precoce e intervenção nas doenças comuns e nas situações de risco; o reconhecimento de situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e prestação de cuidados de enfermagem apropriados; a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil; a promoção da vinculação do recém-nascido doente ou com necessidades especiais; a promoção da autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde.

Palavras-Chave: Enfermeiro Especialista; Saúde Infantil; Adolescente em risco

ABSTRACT

This report comes as part of the discipline with the same name, integrated on the Master's Degree with specialization in Children and Youth Health of the Health Sciences Institute at the Lisbon Catholic University.

With this document I intend to report in a succinct and reflexive way the experience, objectives and the activities as well as the learning carried out in the course modules.

The recommended internships are divided into three modules. The first it's divided into two areas, the community resources, that took place on an adolescent outpatient consultation and the Primary Health Care, which was developed on a Community Care Unit. On the latest I developed a nursing consultation project for adolescents, perform various health promotion activities and still, participate in activities of the Children and Youth Protection Committee. The second module was dedicated to providing care in a pediatric inpatient service, in a central hospital, where I developed information support material to adolescents. The third and final module is divided into two areas, namely neonatology, where I provided care to the premature baby but also, performed activities to promote healthy adolescent maternity, and pediatrics emergency which I didn't performed due to professional experience accreditation.

Among the acquired competencies I outline a few, namely: parentally promotion; the ability to manage social reinstatement; early diagnose and intervention on common diseases and risk situations; the recognition of unstable vital signs situations and death risk and give adequate nursing care; promotion of the development and child growth; promotion of the ill newborn with special needs attachment; self-esteem and self-determination promotion of the adolescent on his heath care choices.

Keywords: Nurse Specialist; Child Health Care; Adolescent at risk

LISTA DE SIGLAS

CLAS - Concelho Local de Ação Social

CPCJ – Comissão de Proteção de Criança e Jovens

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DII - Doença Inflamatória Intestinal

et al – e colaboradores

HSBC - Health Behaviours in School-aged Children

IST's – Infecções Sexualmente Transmissíveis

NACJR – Núcleo de Apoio a Criança e Jovens em Risco

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

PBE – prática baseada na evidência

PICO - Participant, Intervention, Comparison, Outcomes

PNSIJ – Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

SNIPi - Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância

SINUS - Sistema Informação para Unidades de Saúde

UCC – Unidade de Cuidados á Comunidade

UCP – Universidade católica Portuguesa

SUMÁRIO

0. INTRODUÇÃO	19
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	23
1.1. A Adolescência	23
1.2. Riscos e Oportunidades	24
1.3. Transições - Modelo Conceptual	26
1.3.1. Natureza das Transições	27
1.3.1.1. <i>Quanto ao tipo</i>	27
1.3.1.2. <i>Relativamente aos padrões</i>	27
1.3.1.3. <i>Relativamente às propriedades</i>	27
1.3.2. Condições Facilitadoras e inibidoras	28
1.3.3. Padrões de Resposta	28
1.3.4. Terapêutica de Enfermagem	29
1.4. Da teoria à prática	27
2. Revisão Sistemática de Literatura	31
2.1. Metodologia	32
2.2. Questão de investigação	32
2.3. Objetivos	33
2.4. Estratégias de pesquisa e critérios de inclusão/exclusão	34
2.5. Resultados	35
2.6. Discussão	41
2.7. Conclusão	44
3. A PRÁTICA CLÍNICA - ACTIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO	47
3.1. Consulta de Adolescentes – Recurso da Comunidade	47
3.1.1. Implicações das atividades realizadas no desenvolvimento de competências	49
3.2. Cuidados de Saúde Primários	49
3.2.1. Valências de Intervenção	50

3.2.2. Objetivos definidos e atividades desenvolvidas	51
3.2.3. Implicações das atividades realizadas no desenvolvimento de competências	55
3.3. Serviço de Pediatria Internamento – Unidades de Infeto/Gastro	56
3.3.1. Objetivos definidos e atividades desenvolvidas	57
3.3.2. Implicações das atividades realizadas no desenvolvimento de competências	60
3.4. Serviço de Neonatologia	61
3.4.1. Objetivos definidos e atividades desenvolvidas	62
3.4.2. Implicações das atividades realizadas no desenvolvimento de competências	64
3.5. Serviço de Urgência Pediátrica – estágio creditado	64
3.5.1. Implicações da prática profissional no desenvolvimento de competências	67
3.5.2. A partilha de experiência	67
4. CONCLUSÃO	69
5. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71
APÊNDICES	77
APÊNDICE 1: cartaz “e tu, quantas vidas tens?”	79
APÊNDICE 2: marcador de livros “prevenção de IST’s”	91
APÊNDICE 3: folheto “10 perguntas sobre sexo”	95
APÊNDICE 4: “projeto farol”	99
APÊNDICE 5: Eu e a DII - livroazul	133
APÊNDICE 6: O seu filho(a) e a DII – livroverde	151
APÊNDICE 7: blog “dii’z”	173
APÊNDICE 8: formação em serviço - “criança e jovens vítimas de violência”	177
APÊNDICE 9: cartaz “e agora?”	195
APÊNDICE 10: formação em serviço – “maternidade na adolescência, intervenções de enfermagem”	199

ÍNDICE DE QUADROS

Quadro nº1 - Aplicação da estratégia PICO	33
Quadro nº2 - Fluxograma da aplicação do protocolo de RSL	35
Quadro nº3 – Resumos dos estudos validados para revisão sistemática	36

INTRODUÇÃO

O relatório que aqui é apresentado surge no âmbito da Unidade Curricular com mesmo nome, do Curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa de Lisboa.

Com este trabalho pretendo demonstrar de forma reflexiva e breve os objetivos delineados, as atividades cumpridas e as aprendizagens efetuadas, no decurso dos módulos de estágio, que compõem a fase final deste curso.

A finalidade última deste caminho é a obtenção do título de Enfermeiro Especialista, que de acordo com os princípios gerais do seu exercício, é um profissional a quem foi atribuído um título profissional “(...) *que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade*” (OE, 2015, p.99).

Os estágios preconizados estão divididos em três módulos. O primeiro, o de Cuidados de Saúde Primários, que desenvolvi numa Unidade de Cuidados à Comunidade na região centro de Portugal, decorreu no período de 13 de abril a 6 de Junho de 2015. O segundo módulo dedicado à prestação de cuidados num serviço de internamento de pediatria, foi concretizado num hospital central, no período de 1 de setembro a 24 de outubro de 2015. O terceiro e último módulo é dividido em duas áreas, a saber a neonatologia e a urgência pediátrica. Destes dois serviços fiz estágio apenas na neonatologia de um hospital central, pois obtive creditação por experiência profissional na urgência pediátrica. Este último estágio decorreu entre 26 de outubro e 20 de novembro de 2015.

Com o intuito de promover uma orientação global das competências a desenvolver, facilitando a promoção do processo de ensino/aprendizagem, constam do Regulamento Geral de Mestrado em Enfermagem do Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa, os objetivos gerais do mesmo, que se apresentam como guias, que permitem a sua adaptação aos diferentes contextos

de estágio. Assim, pretende-se a aquisição, desenvolvimento e demonstração das competências:

- *“Aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria”* (UCP, 2012, p.4);
- *“Integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, incluindo soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem”* (UCP, 2012, p.4);
- *“Comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades”*. (UCP, 2012, p.4).

A metodologia usada para a elaboração deste relatório foi a análise crítico-reflexiva e a revisão sistemática de literatura. As atividades desenvolvidas foram sustentadas em análise de situação de forma a aferir as necessidades de cada local de estágio e em pesquisa bibliográfica de suporte às ações implementadas.

O tema escolhido foi a adolescência e os riscos pelos quais ela é caracterizada, tendo este percurso o suporte do modelo teórico de Afaf Meleis, teoria das transições, que acredito ser o que mais se adequa aos objetivos estabelecidos e trabalho desenvolvido. Meleis (2010) refere que a adolescência comporta transições significativas, que podem estar associadas a problemas de saúde importantes, tanto mentais como fisiológicos.

A divisão do relatório é em 3 capítulos. O primeiro deles é o enquadramento teórico, que apresenta o “objeto” de intervenção, o adolescente, aborda o risco nesta etapa da vida para que o leitor possa entender a pertinência do percurso e por último enquadra a problemática em estudo num modelo teórico que traz compreensão e ação com intenção nas atividades desenvolvidas.

O 2º capítulo é dedicado a uma revisão sistemática de literatura, enquadrada no tema, e que resultou de interrogações que levantei ao longo dos estágios.

Por fim, o 3º capítulo apresenta de forma detalhada, os locais de estágio, os objetivos formulados, as atividades desenvolvidas e reflexões acerca da aquisição das competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

1.1.A Adolescência

Sendo o tema de fundo do percurso em apresentação o adolescente, é agora o momento de clarificar o conceito de adolescência.

A definição de adolescência varia um pouco por todo o mundo, fruto das diferentes culturas, mas a mais comumente aceite é a emanada pela OMS, que designa os adolescentes como os indivíduos com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos de idade.

Apesar da definição anteriormente apresentada, em Portugal a maioridade civil é atingida ao completar 18 anos de idade, deixando o indivíduo de ser considerado criança, o que está de acordo com o limite superior da faixa etária para criança, segundo o Artigo 1 da convenção sobre Direitos da Criança (ONU, 1989).

Face ao exposto e tendo em conta que a idade pediátrica em Portugal é desde 2010, 17 anos e 364 dias, a população visada ao longo do presente relatório, é a dos indivíduos com idades compreendidas entre os 10 e os 17 anos e 364 dias.

Mas esta fase da vida encerra em si desafios particulares pois no decurso do crescimento o adolescente depara-se com diversos desafios decorrentes do seu processo de crescimento e desenvolvimento biológico e psicológico.

Assim e tal como refere Papalia (2001), o desenvolvimento das dimensões física, competência social e cognitiva, autonomia, autoestima e intimidade, está associado a grandes riscos. Este processo do desenvolvimento é rápido e constituído por múltiplas mudanças simultâneas, facto que dificulta a integração e vivência desta fase da vida, podendo denotar a necessidade de ajuda para o saudável percurso da adolescência.

Também a OE (2011), aborda a problemática do desenvolvimento do adolescente e refere que os pais, professores, profissionais de saúde e pares desempenham um papel fundamental no desenrolar deste processo. Diz ainda que como

consequência deste mesmo papel, resulta a possibilidade de o adolescente “*se tornar um indivíduo autónomo, capaz de assumir responsabilidades, tomar decisões, desenvolver afetos e integrar-se na sociedade, de forma a contribuir de forma efetiva para o desenvolvimento da mesma.*” (OE, 2011, p.17).

1.2. Riscos e Oportunidades

A adolescência é por natureza e de forma geral uma etapa da vida percecionada como saudável. A corroborar esta afirmação o estudo HBSC (2014), indica que 83.9% dos adolescentes inquiridos manifesta ter uma saúde boa ou excelente.

No entanto, a turbulência causada por esta fase da vida, apresenta ao adolescente um conjunto de oportunidades, por vezes revestidas de perigos, nem sempre compreendidos pelos próprios.

Esta é de facto uma fase do ciclo vital em que a personalidade se está formar, e existe um risco acrescido de se observarem comportamentos disruptivos, que podem pôr em causa o desenvolvimento saudável. Tais comportamentos podem compreender desde distúrbios alimentares até abuso de substâncias, tais como o álcool, o tabaco e as drogas mais pesadas, e alterações de comportamento (Staphone e Lancaster, 1999).

Também Papalia (2001) aborda os perigos que a adolescência apresenta e que podem ir de gravidez precoce e maternidade, suicídio, excesso de bebidas alcoólicas, abuso de drogas, atividades marginais e sexuais, entre outras.

A confirmar as preocupações do parágrafo anterior surge a Direção-Geral de Saúde (2015), a atestar que é em números preocupantes, que antes dos 14 anos de idade se inicia a experimentação de substâncias psicoativas, tais como tabaco, álcool e drogas.

Neste contexto a OE (2011), refere que os adolescentes Portugueses são globalmente saudáveis mas a morbi-mortalidade, nomeadamente com origem em comportamentos de risco como traumatismos, ferimentos e lesões acidentais são preocupantes.

Um acompanhamento profissional e sistematizado da saúde do adolescente tem o potencial de proporcionar-lhe um crescimento e desenvolvimento saudável a todos os níveis com impacto na saúde para a vida adulta e inclusivamente financeiro para a sociedade em geral, derivado da adoção de estilos de vida saudáveis e diminuição de problemas de saúde na vida adulta.

No entanto e como é amplamente do conhecimento dos profissionais de saúde, os adolescentes um pouco por todo o país, encontram-se afastados das instituições de saúde. Já Hespanha (1996), à data, evidenciava esta preocupação e esta afirmação volta a surgir pela OE (2011, p.13), referindo que nesta fase da vida há uma *“escassa procura de serviços de saúde”*. Quere-se com isto dizer que não existe o hábito de o adolescente frequentar as consultas de vigilância previstas no Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), ou sequer procurar, em face de problemas que podem ser de natureza diversa mas muito característicos desta fase da vida, a ajuda tantas vezes necessária para a condução a um melhor nível de saúde.

Também a UNICEF (2011, p.26), refere que *“Para proteger os jovens contra ameaças à saúde, como doenças, infeções sexualmente transmissíveis, gravidez precoce e indesejada, transmissão de HIV e abuso de drogas e bebidas alcoólicas, as comunidades devem atender a suas necessidades específicas, e os governos devem investir na criação de serviços de saúde “sensíveis às necessidades dos adolescentes””*.

Apesar da perceção que os adolescentes têm acerca da sua saúde, como já anteriormente aludido com referência ao estudo HSBC (2014), os dados revelam uma realidade um pouco diferente e deixam antever uma população de adultos de amanhã, a merecer agora a atenção dos profissionais de saúde.

Para fazer face às problemáticas que vêm sendo descritas até aqui existem já instrumentos básicos para os cuidados de saúde aos adolescentes, nomeadamente sob a forma do Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, falta apenas fazer com que este programa se torne mais efetivo para esta faixa etária.

1.3. Transições – Modelo Concetual

Para melhor compreender e enquadrar a fase da vida que se apresenta como objeto das intervenções de Enfermagem neste trabalho, é necessária uma abordagem sustentada num modelo teórico de referência.

Tal como tem vindo a ser referido a adolescência é uma fase de mudança, transformação ou transição. Este último termo e segundo o Dicionário de Língua Portuguesa eletrónico (2016), significa *“passagem que comporta uma transformação progressiva; evolução”*.

A disciplina de enfermagem tem-se debruçado sobre as transições, de facto estas recaem sobre o domínio desta ciência, quando relacionadas com a saúde ou a doença ou quando as respostas à transição se manifestam nos comportamentos relacionados com a saúde (Zagonel, 1999). É pois do âmbito da Enfermagem a utilização de estratégias de cuidar e de suporte aos indivíduos no sentido de alcançarem resultados positivos nos seus processos de transição (Meleis, 2010).

Meleis (2010), afirma que numerosas transições de papel são encontradas no normal decurso do crescimento e desenvolvimento. Esta autora fala ainda de alturas da vida com transições significativas, que podem estar associadas a problemas de saúde importantes, tanto mentais como fisiológicos, sendo uma delas a adolescência. Diz também que adolescência enquanto transição está associada a problemas bem identificados como a formação de identidade, o que consequentemente pode conduzir a abuso de substâncias, infeções sexualmente transmissíveis e maternidade precoce, o que está de acordo com os achados de vários autores referenciados até este ponto.

De facto o indivíduo vê-se nesta fase da vida sujeito a uma transição de desenvolvimento que é permanente e rápida, passa certamente por transições de saúde/doença, transições situacionais onde o seu papel é definido e redefinido inúmeras vezes, seja no seio família ou perante os pares e até transições organizacionais.

Tendo em conta o que vem sendo escrito, a teoria elegida para suporte ao trabalho apresentado neste relatório, é a Teoria das Transições de Afaf Meleis. Mas convém clarificar de uma forma sistemática e organizada a dimensão da teoria em causa.

Nesta teoria as transições são desde logo classificadas em três categorias: A Natureza das Transições; As Condições das Transições (facilitadoras e inibidoras); Os Padrões de Resposta.

1.3.1. Natureza das Transições

Dentro desta categoria as transições são ainda classificadas quanto ao tipo, padrões e propriedades (Meleis 2010).

1.3.1.1. *Quanto ao tipo*

Meleis (2010) refere que as transições podem ser de desenvolvimento, situacionais, de saúde-doença e organizacionais. A transição de desenvolvimento abrange o processo de maturação desde o nascimento até à morte e está relacionada com os problemas de saúde que surgem decorrentes de cada fase da vida. A transição situacional inclui acontecimentos, esperados ou não, que desencadeiam alterações e ajudam o indivíduo a enfrentar e a adaptar-se a uma nova situação. Esta transição abrange o nascimento ou morte de um membro da família. A transição de saúde-doença inclui mudanças repentinas de papel, que resultam da alteração de um estado de saúde para um de doença aguda, ou de bem-estar para doença crónica. As transições organizacionais retratam transições no ambiente, ou seja, as organizações também podem experienciar transições e, naturalmente, afetar a vida dos indivíduos que nelas desenvolvem algum tipo de atividade (Meleis, 2010).

1.3.1.2. *Relativamente aos padrões*

As transições podem ser únicas, múltiplas, e relacionadas ou não relacionadas entre si. É importante considerar se transições múltiplas são sequenciais ou simultâneas, isto é, se possuem algum grau de sobreposição entre si (Meleis, 2010).

1.3.1.3. *Relativamente às propriedades*

As transições podem ser classificadas quanto à sua consciencialização, o envolvimento, a mudança e diferença, o período de tempo da transição e os pontos e eventos críticos. A consciencialização do processo de transição reveste-se de interesse particular, uma vez que um indivíduo consciente do seu processo apresenta respostas mais congruentes ao seu processo de transição (Meleis, 2010).

1.3.2. Condições facilitadoras e inibidoras

As condições das transições compreendem as de natureza pessoal, comunitária e social. Estes fatores influenciam o modo como cada indivíduo experiencia o seu processo transicional, tornam-no subjetivo e particular, isto é, condicionam a experiência individual atribuindo-lhe um significado único, ainda que o processo transicional seja igual ou idêntico ao de outros indivíduos (Meleis, 2010).

O fatores ou condições inibidoras/facilitadoras de cariz pessoal englobam os significados, que cada indivíduo atribui aos eventos desencadeadores de uma transição ou ao próprio processo transicional, as atitudes e crenças culturais, o estatuto socioeconómico e a preparação e nível de conhecimento (Meleis, 2010).

Os recursos comunitários constituem também eles fatores condicionadores do processo transicional. A título de exemplo, a presença e acessibilidade dos serviços de saúde, condiciona o sucesso da transição (Meleis, 2010).

As condições sociais, nomeadamente a perspetiva estigmatizada e estereotipada de um processo transicional, vigente numa determinada sociedade, interfere com um processo saudável de transição (Meleis, 2010).

1.3.3. Padrões de resposta

Meleis (2010), afirma que uma transição saudável é caracterizada por indicadores de processo e resultado. A identificação de indicadores de processo é possível pois as transições desenrolam-se ao longo de um período de tempo, o que permite avaliar se o processo está a decorrer no sentido de uma transição saudável ou não e se não, permite desenvolver intervenções de Enfermagem que constituam facilitadores do processo de transição (Meleis, 2010).

Os indicadores de processo que permitem avaliar a qualidade do processo de transição incluem: o sentimento de pertença, seja relativo a familiares, amigos ou profissionais de saúde, revela a importância das relações e do apoio que podem proporcionar; a interação que pode revelar as alterações produzidas pelo processo de transição nas relações interpessoais e a qualidade dessa adaptação; o sentir-se situado, isto é, a consciencialização e aceitação da nova situação; desenvolver confiança e coping, traduz a compreensão da situação e adaptação a uma nova condição (Meleis, 2010).

Os indicadores de resultado são a mestria e a reformulação de identidade. O primeiro indica o grau de habilidade demonstrada por um indivíduo na adaptação à nova situação, resultante do processo de transição e o segundo diz respeito à integração da nova realidade, resultante do processo de transição, na identidade do mesmo indivíduo.

1.3.4. Terapêutica de Enfermagem

Meleis (2010), refere três dimensões passíveis de ser abordadas para intervenção terapêutica em contexto de processo transacional. A avaliação da prontidão, a preparação para a transição e a suplementação de papel, constituem esses instrumentos. Para a avaliação da prontidão é proposta a apreciação das condições facilitadoras e inibidoras de transição, de forma a obter um perfil da preparação do indivíduo. A preparação para a transição, é realizada com recurso a ensinamentos ao indivíduo, para que este esteja preparado para a transição. A suplementação de papel, é um processo que inclui a transmissão de informação ou o fornecimento de experiência ao indivíduo, para que este se torne antecipadamente consciente do seu papel, do papel dos que o rodeiam e dos comportamentos esperados (Meleis, 2010).

1.4. Da teoria à prática

Com o exposto até a este ponto o papel da Enfermagem começa assim a ficar desenhado, mais ainda quando Meleis (2010) diz que a mudança de papéis do indivíduo é de particular importância para a Enfermagem, pois é nessa fase que pode surgir a necessidade da “suplementação de papel”, isto é, qualquer intervenção de Enfermagem que constitua um processo deliberado, preventivo ou terapêutico para diminuir, melhorar ou prevenir o comprometimento do papel.

Meleis (2010) afirma que cada transição exige uma definição ou redefinição dos papéis que o indivíduo desempenha. Diz ainda a mesma autora que é importante que o indivíduo tenha consciência que as transições estão a acontecer e que se empenhe a superá-las, procurando conhecimento, apoio e novas formas de viver e de estar, por forma a alterar situações prévias e encontrar significado nas novas circunstâncias.

Assim e tendo em conta o que constitui a adolescência, opta-se pela Teoria das Transições de Afaf Meleis, como sustento teórico para a compreensão da problemática da adolescência e os seus desafios, bem como para o desenvolvimento das intervenções de Enfermagem.

Com esta base teórica de sustentação espera-se alicerçar um trabalho imbuído de responsabilidade, respeito, eficiência e sentido ético no cuidar do outro em todas as suas dimensões.

2. REVISÃO SISTEMÁTICA DE LITERATURA

No decorrer dos estágios e como estratégias de intervenção de Enfermagem, foram desenvolvidos alguns trabalhos de cariz predominantemente prático, isto é, com aplicação direta à população à qual todo este percurso visa. Todas as intervenções foram devidamente fundamentadas e alicerçadas em estudos ou trabalhos previamente realizados por outros autores.

No entanto, dúvidas houve, que me acompanharam até ao momento da realização deste relatório. Essas dúvidas acabaram por ser o mote e em última análise os objetivos para a dimensão investigativa que irá ser apresentada nas próximas páginas.

Passando a expor, não pude deixar de sentir que apesar dos diversos riscos que são característicos da saúde dos adolescentes, as intervenções e programas desenhados e ou implementados para os abordar, pecam não só por serem poucos, diversos mas sobretudo subavaliados. Estão aparentemente dependentes da iniciativa pontual dos profissionais, mais ou menos motivados para abordar a adolescência e os seus desafios. Parece não existir uma estratégia nacional bem desenhada, implementada e amplamente replicável, acessível aos profissionais e efetiva na população adolescente.

Da pesquisa realizada ao longo deste percurso pude constatar que existem diversos programas desenhados e estudados para a intervenção nos riscos associados à adolescência, mas estes trabalhos provêm sobretudo dos Estados Unidos da América.

A Enfermagem como ciência que é não pode abdicar da fundamentação para a escolha das suas intervenções. Seguindo esta ideia a prática baseada na evidência (PBE), é pois uma obrigação e necessidade dos Enfermeiros, ela é até definida como o uso consciente, explícito e criterioso da melhor e mais atual evidência de pesquisa na tomada de decisões clínicas sobre o cuidado de pacientes (Sackett, 2000).

Também Melnyk e Fineout-Overholt (2011) reforçam a necessidade da PBE, dizendo que há provas de que quando os profissionais de enfermagem sabem onde encontrar, analisar de forma crítica e usar a melhor evidência na prática clínica, e os clientes estão confiantes de que os cuidados prestados são baseados em evidência, obtém-se melhores resultados.

Não basta pois desenhar as intervenções, é também preciso saber se são ou não eficazes, não só do ponto de vista dos resultados que pretendem atingir como também a relação custo-eficácia comparado com outras intervenções, desenhadas para os mesmos objetivos.

É no seguimento das ideias que vêm sendo explanadas que surge a necessidade de investigar, em concreto de realizar uma Revisão Sistemática de Literatura.

Tal como referem Polit e Beck (2014) uma revisão sistemática é uma revisão que integra metodologicamente pesquisa de evidência acerca de uma questão de investigação usando procedimentos cuidados de amostragem e recolha dos dados, e que são previamente definidos num protocolo.

2.1. Metodologia

A revisão sistemática de literatura, orientou-se metodologicamente pelos procedimentos descritos por Higgins e Green (2011) e ainda Bettany-Saltikov (2012). De acordo com estes, para a construção do protocolo de investigação deverão ser tidas em conta oito etapas. A primeira será a questão de investigação, depois define-se o problema, seguidamente estabelecem-se os objetivos da revisão sistemática. Os critérios de inclusão e exclusão e a estratégia de pesquisa precedem o procedimento de seleção, passa-se para o procedimento de extração dos dados e por último a avaliação da qualidade metodológica dos estudos selecionados.

2.2. Questão de investigação

Uma vez que o problema já foi amplamente exposto, não só no capítulo anterior mas também no início deste, o passo que se segue é a construção da pergunta de investigação.

De acordo com Higgins e Green (2011) a definição da questão de investigação é a etapa mais importante na orientação de uma revisão sistemática, uma vez que

serve de fio condutor a todo o processo. Destacam ainda que é fundamental que a questão formulada seja aberta e não declarativa.

Para a construção da questão resta escolher o formato mais adequado, o que de acordo com os autores Higgins e Green (2011), será o formato PICO, (*Participant, Intervention, Comparison, Outcomes*), isto é (População, Intervenção, Comparação, Resultados).

Assim surge a pergunta de investigação: **A aplicação de programas de prevenção (I) é eficaz na diminuição de comportamentos de risco (O) na adolescência (P)?** O termo *comparação* não é aplicável. No quadro nº1 encontra-se de forma mais clara o resultado da estratégia PICO.

Quadro nº 1 – Aplicação da estratégia PICO

Aplicação da estratégia PICO	
População	Adolescentes com idade ≥ 10 anos e < 18 anos
Intervenção	Qualquer tipo de intervenção destinada a diminuir os comportamentos de risco na adolescência
Comparação	Não aplicável
Outcomes (resultados)	Resultados que avaliem o nível de eficácia das intervenções

2.3. Objetivos

Para o desenrolar da investigação preciso agora de estabelecer objetivos. Para Bettany-Saltikov (2012) estes compreendem o que o investigador fará e a sua definição deve ser clara e precisa.

Para este trabalho foram estabelecidos os seguintes objetivos:

- Procurar evidência da eficácia de programas de prevenção para a diminuição dos comportamentos de risco na adolescência
- Conhecer algumas das intervenções de enfermagem mais eficazes para a diminuição dos comportamentos de risco na adolescência no continente europeu

2.4. Estratégia de pesquisa e critérios de inclusão/exclusão

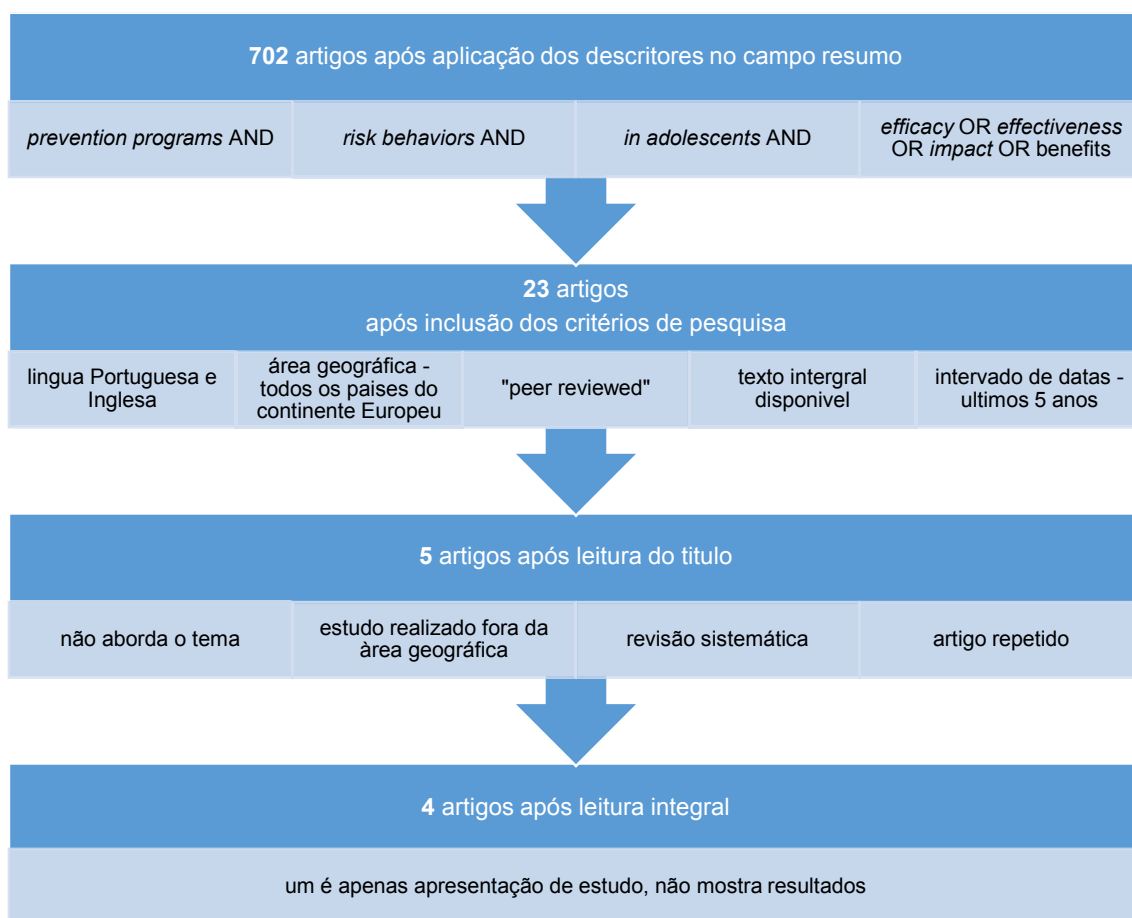
Os termos para a realização da procura que resultaram da pergunta de investigação foram submetidos à da biblioteca “MeSH” e a pesquisa foi realizada no dia 2 de Janeiro de 2016, no motor de busca “EBSCO”, com recurso a todas as bases de dados aí disponíveis (“all providers”). O acesso foi feito no Concelho de Leiria, através das credenciais para acesso remoto da Universidade Católica Portuguesa. A equação de pesquisa utilizada foi a seguinte: *prevention programs AND risk behaviors AND in adolescents AND efficacy OR effectiveness OR impact OR benefits*. Todos os termos foram aplicados ao campo resumo.

Para critérios de inclusão foram considerados os trabalhos que avaliam resultados de programas de prevenção de comportamentos de risco, disponíveis na íntegra, revistos por pares, disponíveis em língua Inglesa e Portuguesa, cuja população alvo fossem os indivíduos com idade igual ou superior a 10 anos de idade e inferior a 18, publicados entre 1 de janeiro de 2010 e 31 de dezembro de 2015.

Como critérios de exclusão foi definido apenas considerar os estudos já concluídos, que não fossem revisões sistemáticas ou integrativas de literatura e cuja população alvo fosse residente no continente europeu.

No quadro nº2 consta a aplicação do protocolo apresentado à pesquisa efetuada e após a eliminação automática de duplicados, obtive 23 artigos. Destes 23 e após leitura dos títulos resultaram 5 artigos e a partir da leitura integral dos mesmos resultaram 4 artigos, a partir dos quais fiz a minha análise.

Quadro nº2 – Fluxograma da aplicação do protocolo de RSL (base de dados EBSCO)



2.5. Resultados

A partir do percurso que havia sido programado e que foi descrito até ao momento resultaram então 4 estudos com relevância para a questão de investigação e objetivos traçados. O resumo das características desses estudos e resultados podem ser consultados no quadro nº3.

Todos os estudos foram publicados entre 2011 e 2015 sendo a sua proveniência em 75% (3 estudos) de países do norte do continente Europeu, a saber a Suécia, a Alemanha e a Holanda. Apenas um foi elaborado num país mediterrânico, Italia, e não foi encontrado nenhum com origem em Portugal.

Três dos estudos correspondem a ensaios clinicos randomizados e um é um estudo quasi-experimental.

Quadro nº3 - Resumo dos estudos validados para revisão sistemática

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	TIPO DE ESTUDO	AMOSTRA	INTERVENÇÕES	RESULTADOS	CONCLUSÃO
An Attachment Parenting Intervention to Prevent Adolescents Problem behaviors: A Pilot Study in Italy. (Giannota, et al., 2012)	Quási-experimental	n=147 adolescentes entre os 11 e 14 anos e seus pais	Programa de prevenção universal baseado na parentalidade 10 sessões de 1 hora e mais uma de 2 horas para os pais	Apesar da dificuldade em recrutar pais para o programa, este apresentou efeitos promissores relativos ao consumo de álcool. Também parece ter diminuído a discretamente a falta de empatia dos pais, pelo menos no curto prazo.	O estudo salientou a importância da família ser o foco para a prevenção de problemas comportamentais na adolescência. Também aponta a necessidade de novas estratégias para que envolvam os pais na prevenção.
Evaluation of a Swedish version of the Strengthening Families Programme. (Skarsstrand, et al., 2013) Suécia.	Ensaio clínico randomizado por cluster	n=587 adolescentes com 12 anos e os seu pais, em 19 escolas de Estocolmo Grupo experimental: n=371 Grupo de controlo: n=216	Adaptação do programa "Family skills training intervention", com 7 e 5 sessões separadas, respetivamente para pais e adolescentes e duas sessões em conjunto	Não foram observados efeitos preventivos para consumo de tabaco, drogas ilícitas e outros comportamentos desviantes.	A adaptação Sueca do programa não demonstrou qualquer eficácia na prevenção de abuso de substâncias no contexto estudado.
Evaluation of school-based life skills programmes in a high-risk sample: a controlled longitudinal multi-centre study. (Menrath, et al., 2011) Alemanha.	Ensaio clínico randomizado	n=1561 adolescentes de 102 turmas do ensino secundário. 25% pertencem a baixo estatuto socioeconómico	Implementados dois programas escolares de "life skills" acerca do abuso de substâncias	Foram encontrados efeitos significativos relativamente à redução do tabagismo e alguma melhoria nas habilidades individuais no grupo de intervenção, comparativamente com o grupo de controlo. O estatuto socioeconómico não possui efeito nos resultados.	Os programas escolares "life skills" produzem efeito positivo na prevenção de hábitos tabágicos independentemente do estatuto socioeconómico. Os adolescentes de classes sociais desfavorecidas beneficiam de forma equivalente destes programas. Um ambiente escolar propício parece ser um fator importante na implementação com sucesso destes programas.

Quadro nº3 (continuação) - Resumo dos estudos validados para revisão sistemática

IDENTIFICAÇÃO DO ESTUDO	TIPO DE ESTUDO	AMOSTRA	INTERVENÇÕES	RESULTADOS	CONCLUSÃO
Effectiveness of a selective intervention targeting program personality risk factors for alcohol misuse among young adolescents. (Lammers, et al., 2015) Holanda.	Ensaio clínico randomizado por cluster	n=699 adolescentes com idades entre os 13 e 15 anos Grupo experimental: n=343 (sete escolas) Grupo de controlo: n=356 (oito escolas)	Duas sessões de 90 minutos cada em horário escolar, ao longo de 2 semanas. A intervenção é baseada em terapia cognitiva comportamental e entrevista motivacional. O tamanho de cada grupo foi de 6 indivíduos.	Foram feitas avaliações 2, 6 e 12 meses após intervenção, com recurso a questionário "online", preenchido em sala de aula com supervisão de um assistente da pesquisa. Os resultados dependeram da análise estatística aplicada. O método "logistic regression" não revelou feitos relevantes mas o método "latent growth analysis" revelou efeitos na diminuição do crescimento de consumo de álcool após 12 meses da intervenção.	O presente programa de prevenção de hábito de consumo de álcool, parece ter pouco ou nenhum efeito mas talvez reduza o hábito de consumo a longo prazo.

O número de intervenientes em cada estudo oscila entre os 147 e os 1561 adolescentes.

De realçar também a importância das escolas, não só para a selecção dos intervenientes, mas também como meio onde a maioria das intervenções foram conduzidas. Tal achado vem corroborar a importância do Plano Nacional de Saúde Escolar (2015), cujas áreas de intervenção recomendadas se cruzam com as encontradas nos estudos.

Apesar dos programas implementados nestes estudos serem diferentes, todos visam o mesmo objetivo que é a redução de comportamentos de risco nos adolescentes, em particular o abuso de álcool e outras substâncias.

O programas diferem no modo como se propõem a abordar os comportamentos, seja através dos pais e/ou dos próprios adolescentes.

No estudo de Giannota, et al (2012), a intervenção foi desenvolvida com recurso a dez sessões de uma hora. Os líderes do programa eram psicólogos treinados pelo criador do programa e repetidamente supervisionados durante a implementação para assegurar a fidelidade aos objetivos iniciais.

Cada sessão do programa foca-se num aspeto do vínculo e da relação pais-adolescente, promovendo a reflexão acerca dos seus aspetos essenciais. Os moderadores utilizam para este fim, um conjunto de atividades experimentais tais como “role-playing” e exercícios de reflexão, para explicar cada aspeto e desenvolver conhecimento e habilidades de parentalidade. O programa objetiva reforçar as capacidades parentais que são necessárias para construir uma relação pais-filhos, baseada no vínculo seguro, sensibilidade parental, associação e mutualismo, reflexão acerca da parentalidade e regulação afetiva na relação entre ambos.

Os resultados encontrados por estes investigadores apontam para duas vertentes, uma a dos pais e os efeitos que as intervenções tiveram nestes e a outra os efeitos produzidos nos hábitos tabágicos e de consumo de álcool nos adolescentes. Sendo os adolescentes o foco deste trabalho limito-me a referir os resultados que a eles se reportam, tendo portanto o estudo demonstrado uma diminuição relevante da

frequência de consumo de cerveja e vinho e não tendo observado efeito nos hábitos tabágicos.

No estudo de Skarstrand, et al. (2013), a intervenção baseou-se numa adaptação cultural do “Strengthening Families Programme”. As adaptações foram discutidas e acordadas pelo primeiro autor do programa. Foi desenvolvida com recurso a doze sessões de uma hora, divididas no seu conjunto em dois blocos. As primeiras seis sessões foram implementadas em separado para pais e adolescentes e uma foi em conjunto. No segundo bloco foram implementadas mais quatro sessões em separado e outra em conjunto.

As sessões dos adolescentes consistiram em “role-playing”, treino de resistências ao pares, e treino de outras habilidades práticas em forma de jogo. As sessões dos pais consistiram em visionamento de filmes ilustrativos de momentos típicos de interação entre pais e adolescentes. As sessões conjuntas terminaram com projetos familiares e festividades.

Todos os adolescentes do ramo de intervenção do estudo, receberam treino mas a participação dos pais foi voluntária. As sessões para os adolescentes foram conduzidas por um professor da escola, com o apoio de um líder do estudo. Este líder foi o responsável pelas sessões aos pais que ocorreram à noite. Ao todo, 14 líderes de estudo e 20 professores foram recrutado e treinados por dois intrutores certificados do programa em causa.

A colheita de dados para o estudo foi feita com recurso a questionários, um aplicado antes das intervenções e mais três aplicados ao longo de um ano. Os adolescentes preencheram os seus instrumentos de colheita de dados em sala de aula ao passo que os seu pais receberam o questionário por mail. Os diretores das escolas receberam também um questionário, para verificar se houve aplicação simultânea de outras atividades preventivas relacionadas.

Para a obtenção de resultados os autores recorreram a análise estatística, a partir da qual não observaram qualquer efeito do programa, nos hábitos de abuso de substância nos adolescentes.

No estudo de Menrath, et al. (2011), avaliaram a eficácia de um programa de habilidades de vida de base escolar, numa amostra de alto risco.

O objetivo comum a todos os programas desta natureza é prevenir comportamentos de risco e encorajar os adolescentes a adotar estilos de vida saudáveis, usando como estratégia a redução de comportamentos problemáticos e fortalecendo comportamentos adaptativos de resolução de problemas. Espera-se que estas mudanças resultem numa diminuição do consumo de álcool e tabaco.

A implementação do estudo teve por base dois programas do tipo descrito já amplamente experimentados e avaliados: “Fit and Strong for Life” e “Lions Quest”. Ambos adotam habilidades de vida e auto-eficácia e têm como vocação primária a prevenção do abuso de substâncias (álcool, drogas e tabaco).

O programa “Fit and Strong for Life”, possui uma estrutura modular dividida para a abordagem de seis tópicos: autoestima e empatia; enfrentar o “stress” e emoções negativas; habilidades de comunicação; habilidades de resistência e pensamento crítico; resolução de problemas e tomada de decisão; conhecimentos de saúde.

O “Lions Quest” é um programa semelhante em termos curriculares. Consiste em sete áreas temáticas: comportamento em grupo; autoestima; enfrentar as emoções; relações inter-pares; relações familiares; tomada de decisão; auto-eficácia.

Neste estudo a implementação de ambos os programas foi levada a cabo pelos professores em sala de aula. Previamente os professores fizeram um “workshop” de treino com duração de 1 a 2 dias.

Para a recolha de dados foi usado um método normalizado de entrevista com recurso a testes escritos. A primeira entrevista foi feita antes do início do programa, no início do ano escolar, a segunda depois de terminado o programa, no fim do ano escolar e uma terceira e última entrevista 6 meses mais tarde.

Após análise estatística, os autores deste estudo confirmaram que os programas de habilidades de vida têm efeito positivo, na prevenção de hábitos tabágicos. Concluem ainda que estes programas são adequados mesmo para adolescentes de meios sociais desfavorecidos. São bem aceites por adolescentes e professores. Por último os autores fazem referência à necessidade destes programas serem amplamente implementados e durante um período de tempo considerável para se obterem resultados sustentáveis.

No estudo de Lammers, et al. (2015), analisam a eficácia de um programa de intervenção direcionado a fatores de risco da personalidade relacionados com abuso de álcool, denominado “Perventure”.

Existem traços de personalidade especialmente relacionados com o consumo de álcool em adolescentes, estes incluem, propensão à depressão, ansiedade, impulsividade e a procura de emoções fortes.

O programa “Perventure” é especificamente direcionado para adolescentes com dois fatores de risco de elevado consumo de álcool. Este programa identifica e trata adolescentes de alto risco, com o objetivo de prevenir ou intervir numa fase inicial, antes que adotem comportamentos de risco ou estes se tornem problemáticos.

Para a implementação desta intervenção, os adolescentes pertencentes ao grupo com riscos identificados, frequentaram duas sessões de 90 minutos ao longo de duas semanas. Esta intervenção é baseada em terapia cognitiva comportamental e entrevistas motivacionais. Em cada sessão o grupo foi constituído em média por 6 indivíduos. A intervenção é breve e usa o “feedback” personalizado dos resultados dos testes de avaliação de personalidade. Também inclui o treino de habilidades de terapia cognitiva comportamental, com relevância para cada personalidade.

A avaliação de resultados foi efetuada 2, 6 e 12 meses após a intervenção, com recurso a inquéritos “online”, preenchidos em sala de aulas e sob supervisão de um assistente da pesquisa.

A análise estatística dos dados recolhidos não revelou efeitos significativos nos hábitos de consumo de álcool destes adolescentes. No entanto usando o método estatístico de “latent growth analysis”, revela um declínio no crescimento do consumo de álcool e sua frequência nos 12 meses subsequentes.

2.6. Discussão

Desde já realço o facto de apesar de ter encontrado apenas 4 estudos de acordo com o protocolo desenhado, os métodos de prevenção de comportamentos de risco usados nesses mesmos estudos são todos diferentes, havendo até estudos que aplicam mais que um programa de intervenção, embora do mesmo tipo. Também

Hale et al. (2014), que realizaram uma revisão sistemática acerca de intervenções efetivas para a redução de comportamentos de risco para a saúde na adolescência, identificaram apenas 55 estudos realizados entre 1980 e 2012 e referem que os estudos que encontram variam consideravelmente nas técnicas de intervenção usadas.

Outra constatação imediata é a ausência de estudos realizados em Portugal. De facto ao longo do percurso que se apresenta neste relatório e da muita pesquisa realizada, tive dificuldade em encontrar avaliações efectivas das intervenções que vão sendo realizadas no nosso país. Também Barroso et al. (2006), reconhece esta dificuldade, embora tendo direccionado o seu estudo em exclusivo para a prevenção do consumo de álcool, afirmando que os estudos realizados nesta área estão dispersos e reconhecendo ainda não ter conseguido integrar no seu estudo, nenhum trabalho realizado em Portugal.

Quanto á evidência demonstrada nestes estudos também se pode perceber que é variada, no entanto alguns dos programas resultam de adaptações às realidades culturais de cada país, o que por si só pode enviesar os resultados.

O estudo de Giannota, et al. (2012), destaca a falta de implementação deste tipo de programas de prevenção fora dos Estados-Unidos, realçando aqui claro, os que se baseiam na prevenção baseada na parentalidade. Os mesmo autores destacam ainda um facto mais importante que é a total ausência destes programas nos países mediterrânicos.

Aida Hale et al. (2014), afirmam que a maioria dos estudos que encontraram foi concretizada nos Estados Unidos.

Mas ainda Giannota, et al. (2012), também denotam o facto de ser necessária pesquisa para comprovar se estes programas são adequados para estes países, uma vez que são considerados países de “famílias-fortes”, isto é, em que as relações familiares são próximas, intensas e com fortes laços afetivos. Estes factores podem dificultar a busca ou aceitação de ajuda fora do núcleo familiar e ser considerado embaraçoso e humilhante. Tal conjuntura não se verifica nos países nórdicos, ditos países de “familias-fracas”, em que os laços entre pais e filhos são mais fracos e distantes, e em que os filhos saem mais cedo de casa e consequentemente adquirem a sua autonomia mais cedo que os congéneres

mediterrânicos. Ou seja, existem variáveis que podem interferir nos resultados e só um estudo mais aprofundado permitirá aferir a verdadeira eficácia do programas. A confirmar esta ideia Barroso et al. (2006), afirmam que é necessária a sistemática aplicação de programas de intervenção, para que possam aparecer modelos explicativos mais claros.

No entanto é de realçar a importância que Giannota, et al. (2012), atribui à família como foco para a prevenção de problemas comportamentais. Na realidade também Bronfenbrenner (2005), realça o papel da família como suporte importante no desenvolvimento do adolescente afirmando que esta lhe dá o suporte emocional necessário ao seu desenvolvimento.

Curiosamente e a talvez contrastar com a opinião dos autores do estudo anterior, Skartrand, et al.(2013), ainda que num país nórdico e dito de “famílias-fracas”, não encontraram qualquer eficácia no programa implementado e que envolvia exatamente as famílias. Obviamente que é outro programa, sujeito a outras variáveis mas não deixa de ser um apontamento curioso.

Algo que entendo que deve ser destacado, são os efeitos positivos encontrados por Menrath et al. (2011), na implementação dos seus dois programas de habilidade de vida, e ainda com realce para a eficácia independentemente do nível socioeconómico dos adolescentes. Estes parecem pois ser programas promissores e aplicáveis numa grande variedade de ambientes.

O estudo dos programas de intervenção seletiva de acordo com a personalidade de Lammers, et al. (2015), parece não produzir efeitos no imediato. Estará a eficácia da intervenção no entanto limitada pela sua duração? Este programa desenvolve-se em apenas 180 minutos, o que é manifestamente inferior a qualquer um dos outros programas apresentados.

A maioria dos estudos que constituem esta revisão estão dotados de amostras significativas, apesar de todos eles apontarem as suas limitações e possibilidades de enviesamento.

Pode-se constatar também a variedade de programas implementados, facto que Barroso et al. (2006, p.41) também evidenciam no seu estudo, afirmando que tal se

possa dever à diversidade de contextos e culturas mas também “à ausência de uma evidência empírica suficientemente forte”.

2.7. Conclusão

Os programas de intervenção, se eficazes, constituem um potencial imenso para a melhoria da qualidade de vida dos adolescentes no imediato, mas também com efeitos a longo prazo.

No entanto o sucesso destes programas é variado e manifestamente será necessário uma avaliação mais aprofundada da sua eficácia, nomeadamente em Portugal. Em vários destes estudos os autores realçam exatamente o fator cultural como potencialmente determinante nos resultados da aplicação das intervenções, pelo que só estudos a nível nacional poderão responder à questão da eficácia.

Por isso e numa altura em que cada vez mais se exigem resultados com menos recursos, urge um trabalho científico e válido, produzido em Portugal com e para os adolescentes Portugueses, para que se possam encontrar programas com a melhor relação de custo-eficácia. Este trabalho está claramente nas mãos do Enfermeiros que têm um papel preponderante no sector da prevenção em saúde.

As limitações que esta revisão apresenta têm também de ser realçadas pois foi realizada apenas por um investigador, facto que viola um dos principios básicos para a realização de uma revisão sistemática de literatura (Higgins e Green, 2011).

Outra limitação encontrada é o tema, pois este é demasiado abrangente. Penso que identificando os estudos pelos riscos individualmente, poderia mostrar uma maior diversidade dos estudos existentes.

Também o facto de a busca se ter limitado a uma plataforma de busca, neste caso, a “EBSCO”, pode ser visto como uma limitação, muito embora esta seja uma plataforma abrangente e com ligação a diversas e importantes bases de dados científicas.

Por ultima limitação, destaca-se o facto de não ter sido feito uma avaliação da qualidade metodológica dos estudos, conforme previsto nas 8 etapas definidas por Higgins e Green (2011). Para tal, contribui o facto de este estudo ter apenas um

investigador e dos estudos encontrados terem alguma qualidade assegurada, pela fonte e pelo facto de terem já sido revistos por pares.

Para terminar sugiro, e como já referido mais acima, uma investigação em Portugal que aborde este tema. Para futuras revisões sistemáticas seria talvez importante, identificar todos os programas existentes e fazer pesquisa da eficácia, individualmente para cada um deles.

3. A PRÁTICA CLÍNICA – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS EM ESTÁGIO

Nesta fase pretendo demonstrar ao longo das próximas páginas, o trabalho desenvolvido nos diferentes módulos de estágio e as competências adquiridas para a assistência de Enfermagem avançada, à criança/adolescente e família.

Para este percurso e além dos objetivos definidos pela Universidade Católica Portuguesa e constantes do guia de estágio apresentado pelo Instituto de Ciências da Saúde adicionei dois por serem específicos á temática de fundo deste meu percurso.

O objetivos que defini foram:

- a) Identificar situações que constituam risco para o adolescente e família nos diferentes contextos de estágio.
- b) Implementar desenvolver atividades promotoras de saúde no âmbito desse risco.

No final da apresentação do trabalho desenvolvido em cada módulo de estágio, consta uma breve apreciação crítica dos objetivos alcançados. Esta apreciação inclui não só os objetivos definidos para os diferentes estágios, mas também as competências adquiridas e que estão de acordo com o Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, OE (2010a), o Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, OE (2010b) e ainda aquelas definidas pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica no seu Guião de Estágio do Curso de Mestrado em Enfermagem de Natureza Profissional: Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, UCP (2015).

3.1. Consulta de Adolescentes - Recurso da Comunidade

Este estágio teve lugar numa consulta de enfermagem de adolescentes de um Hospital da região centro. Apesar de breve pude observar a intervenção da

Enfermeira junto de adolescentes com problemas de obesidade, consumo de substâncias e patologias do foro da saúde mental.

De destacar que foi notória a cumplicidade existente entre os adolescentes e a Enfermeira, já conhecidos de consultas anteriores, facto que se traduz numa comunicação facilitada por uma relação de confiança e empatia já estabelecida e para o sucesso da entrevista na consulta.

Assim os objetivos da entrevista começam por se cumprir no estabelecimento de uma relação terapêutica ao abrigo da qual é pois facilitada a identificação de problemas e até a sua prevenção.

As entrevistas obedeceram sempre às fases preconizadas pela OE (2011), sendo iniciadas pelo acolhimento, no início do qual e no cumprimento dos princípios éticos no atendimento ao adolescente, nomeadamente o respeito pela autonomia, privacidade, confidencialidade e sigilo, solicitei autorização para assistir à mesma a todos os adolescentes. Na maioria das entrevistas o/a adolescente entrou para o gabinete acompanhado de um dos pais e após uma primeira fase exploratória da entrevista, o adolescente ficou só com a Enfermeira do serviço e comigo. De notar que alguns adolescentes recorreram à consulta sem acompanhante. Tive a oportunidade de não só observar mas também promover nos adolescentes a reflexão acerca dos seus problemas no sentido de sempre que possível, autonomizar as suas escolhas e assumirem uma atitude proactiva para a melhoria ou resolução dos seus problemas. A minha intervenção foi realizada em adolescentes com problemas de obesidade e de consumos.

No final da entrevista foi sempre feito um resumo da mesma e em alguns casos estabelecidos compromissos para a resolução dos problemas.

Foi de especial interesse para mim a participação nestas consultas na medida em que no meu contexto profissional diário, de serviço de urgência, me é difícil implementar e treinar a entrevista ao adolescente em toda a sua extensão. Foi portanto uma mais-valia e apesar de ser breve, foi uma experiência que posso agora com mais segurança e agilidade implementar em algumas situações na minha prática.

As intervenções realizadas tiveram como base de partida o modelo teórico escolhido, pelo que foi possível, embora de forma sumária, identificar de forma consciente e deliberada, que cada adolescente vivia uma situação particular de transição de desenvolvimento e de saúde-doença, sendo estas transições múltiplas e simultâneas. Não só na avaliação da situação de cada uma mas também no estabelecimento de metas e objetivos, foi necessário ter em atenção os fatores facilitadores e inibidores das transições em curso em cada um dos adolescentes. Não só as minhas intervenções mas também as da enfermeira do serviço foram no sentido da preparação para a transição, com recurso a ensinamentos e suplementação de papel, no sentido de dotar os adolescentes da consciência do seu papel, o que está de acordo com o que diz Meleis (2010).

3.1.1. Implicações das atividades realizadas no desenvolvimento de competências

Neste estágio as competências que pude adquirir ou aprofundar de forma mais evidente foram a comunicação com a criança e família de forma apropriada aos estádios de desenvolvimento e cultura e a promoção da autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde (OE, 2010b).

3.2. Cuidados de Saúde Primários

Integrado na equipa de uma Unidade de Cuidados à Comunidade (UCC) e tendo como orientadora de estágio a sua coordenadora, especialista em saúde infantil e pediátrica, foram-me apresentadas variadas oportunidades para desenvolver o meu estágio enquadrado nos objetivos gerais previamente delineados. Assim e para avaliar com maior detalhe o contexto optei pela realização de entrevista à Enfa coordenadora e a consulta de documentação de suporte da UCC para realizar o diagnóstico de situação.

A UCC apresenta como objetivo principal da sua *atividade* “a prestação de cuidados de saúde e apoio psicológico e social de âmbito domiciliário e comunitário, a pessoas, famílias e grupos de risco pela sua vulnerabilidade” (ARS Centro, 2013, p.8). Deste objetivo deriva o plano de ação que foi elaborado para um prazo de 3 anos e que dá prioridade aos programas que cobrem as necessidades imediatas das franjas mais desfavorecidas da população e nas quais a intervenção era à data

da elaboração do plano, mais urgente. Essas necessidades compreendem as áreas da saúde infantil, saúde escolar, diabetes e saúde no idoso.

A equipa é de natureza multidisciplinar e é composta por enfermeiros, um médico, uma assistente técnica, uma psicóloga, uma fisioterapeuta e uma nutricionista.

Com este contexto e para melhor caracterizar a extensão da ação da UCC convém descrever resumidamente as atividades que são desenvolvidas e enquadrado nas quais desenvolvi algumas as minhas ações.

3.2.1. Valências de Intervenção

A Intervenção Precoce destina-se a crianças dos 0 aos 6 anos de idade, que estejam em risco de atraso de desenvolvimento, manifestem deficiência, ou necessidades educativas especiais. Consiste na prestação de serviços educativos, terapêuticos e sociais a estas crianças e às suas famílias com o objetivo de minimizar efeitos nefastos ao seu desenvolvimento. A Intervenção Precoce pode ter uma natureza preventiva secundária ou primária: procurando contrariar a manifestação de problemas de desenvolvimento ou prevenindo a sua ocorrência.

Na Comissão de Proteção de Crianças e Jovens o trabalho desenvolvido é balizado pelas orientações constantes da Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei n.º 147/99) que define as Comissões de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ's) como instituições oficiais não judiciárias com autonomia funcional que visam promover os direitos da criança e do jovem e prevenir ou pôr termo a situações suscetíveis de afetar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral. Este trabalho é desenvolvido por técnicos de diferentes áreas, incluindo sempre que possível pessoas com formação nas áreas de serviço social, psicologia, direito, educação e saúde.

O Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco e de acordo com as atribuições legais visa criar condições de apoio à população em geral mas também aos profissionais na gestão de situações de maus-tratos a crianças e jovens.

Através do Programa de saúde escolar são desenvolvidas atividades no âmbito da saúde das crianças e jovens e população em geral, nomeadamente, alimentação, atividade física, consumos nocivos como álcool tabaco e drogas e ainda realizada promoção de estilos de vida saudáveis.

O Programa intervenção para a promoção da saúde infantil visa a capacitação de cuidadores de crianças inseridas em meios familiares mais desprotegidos ou nos quais se identifique maior risco. Com este enquadramento encontram-se a decorrer atividades de promoção para a parentalidade positiva.

Na Rede Social, a “saúde” torna-se parceira de outras entidades locais formando o Concelho Local de Ação Social (CLAS), com o intuito da resolução das problemáticas sociais no âmbito da pobreza e exclusão social no concelho.

3.2.2. Objetivos definidos e atividades desenvolvidas

Sendo que o tema escolhido como “pano de fundo” para o meu trabalho, foi o “Adolescente em Risco”, estabeleci, objetivos e atividades enquadradas no tema e no modelo teórico escolhido, que me permitiram desenvolver as minhas competências acerca da temática e de Enfermeiro Especialista. As atividades foram definidas em colaboração com a Enf^a orientadora. Durante o estágio houve a necessidade de redefinir objetivos e atividades a desenvolver, mas tal já estava previsto no projeto de estágio.

Este estágio constituiu um desafio muito interessante na medida em que está fora do âmbito da minha prática profissional que se desenvolve em meio hospitalar. Pude confirmar que esta é uma realidade muito desafiante e com um potencial de ação enorme e com muito ainda por fazer.

Comecei naturalmente pela consulta da documentação do projeto que sustenta a existência e funcionamento da UCC e o seu Plano de Ação, de modo a melhor compreender o contexto e as opções disponíveis para a concretização dos objetivos.

Com este panorama planeei desenvolver atividades de promoção da saúde do adolescente, prevenção de doença e acompanhamento de crianças e adolescentes sinalizados como de risco, no âmbito dos programas e atividades da UCC.

Para a sua consecução e enquadrados nos objetivos previamente definidos no projeto global para os estágios, defini novos para este e que estão abaixo descritos, bem como as respetivas atividades desenvolvidas.

a) Elaborar um projeto para implementação de Centro de Atendimento a Jovens/Adolescentes e sua consulta de Enfermagem.

Atividades – Precisamente esta consulta do adolescente que foi definido como um dos objetivos, constitui o maior e mais ambicioso desafio. Apesar destas consultas estarem previstas no Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), os números são reveladores, isto é, apesar de estarem inscritos 3520 adolescentes no Centro de Saúde à qual a UCC está afeta, apenas 12 compareceram no ano de 2014 para o exame global dos 15 anos de idade, dados do Sistema Informação para Unidades de Saúde (SINUS) em 1 de junho de 2015.

As consultas de planeamento familiar são o único ponto de encontro entre estes adolescentes e o Centro de Saúde, no entanto é um serviço redutor tendo em conta que atende quase exclusivamente adolescentes do sexo feminino e num âmbito específico inerente a estas consultas.

Tendo em conta o que vem sendo referido ao longo deste relatório, relacionado com os riscos da adolescência, fica claro que é necessário aproximar os profissionais de saúde aos adolescentes, isto é, que os serviços sejam sensíveis às necessidades dos adolescentes (UNICEF, 2011), ou criar condições para que estes adolescentes reconheçam e procurem as estruturas de saúde, para apoio na resolução de alguns dos seus problemas, ou seja, proporcionar condições facilitadoras ao nível dos recursos comunitários para que os processos de transição na adolescência sejam mais saudáveis (Meleis, 2010).

A acompanhar estas afirmações surgem dados de um estudo realizado por Rocha, et al. (2013), no Algarve em que dos dados recolhidos, aquele que foi mais significativo foi a necessidade manifestada pelos adolescentes de “criação de um gabinete ou associação de apoio e informação aos jovens”.

Das necessidades identificadas, da pesquisa efetuada, nasceu o projeto farol, apêndice 4, para um Centro de Atendimento a Jovens, inexistente até então e de uma consulta de Enfermagem inserida no mesmo.

Ainda neste âmbito a Enf^a orientadora lançou-me o desafio de criar instrumentos de avaliação da qualidade dos cuidados de Enfermagem no âmbito desta consulta

(OE, 2007). Isto permite a melhoria contínua dos cuidados. Todo este trabalho aparece descrito no, apêndice 4, denominado de projeto farol.

À data de elaboração deste relatório o “projeto farol” tem já data de inauguração agendada.

- b) Contribuir para a promoção da sexualidade saudável, prevenção de doenças sexualmente transmissíveis e gravidez na adolescência.

Atividades – As atividades relacionadas com a prevenção da gravidez na adolescência e promoção de sexualidade saudável foram fundamentalmente enquadradas na participação numa feira de saúde. Este é um evento anual e que conta com a participação de várias entidades locais intervenientes na área. É também habitualmente um local que os jovens frequentam pelo que foi o escolhido para a divulgação inicial dos materiais elaborados acerca das temáticas apêndice 1, apêndice 2, apêndice 3 e que passarão a ser usados no contexto das ações da saúde escolar bem como na consulta do adolescente. Os trabalhos elaborados nesta atividade visaram a transmissão de informação aos adolescentes, dotando-os de conhecimentos que lhes permitem fazer escolhas fundamentadas das suas atitudes.

De facto o estudo HSBC (2014), revela a necessidade de intervenção nesta área uma vez que neste estudo 12,8% dos adolescentes revela já ter tido relações sexuais, sendo que 21,6% afirma que no seu primeiro ato sexual não usou preservativo e ainda 7,9% não sabe se usou.

O tema da sexualidade é sempre um tema de abordagem delicada que exige maturidade para ser abordado de forma consistente e fundamentada. Os adolescentes, regra geral, não possuem a maturidade nem informação necessárias para enfrentarem com tranquilidade a sua sexualidade, pois tal como refere Papalia (2001), enfrentam um processo de desenvolvimento rápido e de múltiplas mudanças simultâneas, no desenvolvimento das suas competências sociais, cognitivas, de autonomia, autoestima e intimidade.

Desta forma pretende-se fazer face às múltiplas transições que o adolescente enfrenta, facultando-lhe de forma fácil, conhecimento que constitua condição

facilitadora no seu processo de transição, pelo método terapêutico da preparação para a transição (Meleis, 2010).

Não posso deixar de referir a minha intervenção junto de uma comunidade cigana. Esta atividade desenvolveu-se em 3 sessões de educação para a saúde, uma das quais não pude estar presente por objeção da comunidade, devido à sensibilidade do tema (meios contraceptivos e IST's). Tendo sido posto previamente à consideração da comunidade cigana, estes não aceitaram a presença de um Enfermeiro homem, na abordagem da temática às mulheres.

De salientar que esta experiência mudou a forma como olho e compreendo a maternidade na comunidade cigana, pois acreditava que mercê de fatores culturais, as jovens mães adolescentes, estariam mais bem preparadas para assumir o papel de mães esposas. Verifiquei no contexto da comunidade cigana que tal não corresponde à verdade e parte deste papel de mães e esposas é dominada pela matriarca.

A avaliação desta atividade só seria possível num contexto temporal mais alargado, tendo em conta a população abrangida.

c) Compreender a dinâmica e funcionamento da CPCJ e da intervenção precoce.

Atividades – Tive aqui oportunidades que jamais esperaria ter, nomeadamente pela especificidade e responsabilidade associadas. Falo em concreto da participação nas reuniões da CPCJ, onde tive a oportunidade de contribuir para a análise da situação de crianças/adolescentes as suas famílias e propostas de resolução dos problemas identificados. Estes problemas englobam desde crianças/adolescentes vítimas de pobreza, violência, hábitos de consumo, entre outros. Da análise dos problemas foi possível contribuir para propostas que através da intervenção da Enfermagem, permitissem manter as crianças/adolescentes preferencialmente e sempre que possível no seio familiar. Este trabalho é feito através da avaliação das condições e problemas da criança/adolescente e família e se adequado e pertinente, articular respostas dos parceiros sociais que permitam restabelecer condições salutaras, para a criança/adolescente e família recuperarem dos problemas apresentados. O objetivo final é sempre apresenta

soluções que ajudem a criança/adolescente nos processo de transição, facultando-lhe condições facilitadoras dos seus processo de transição (Meleis, 2010).

No âmbito do NACJR, tive oportunidade realizar entrevistas no seio familiar ou em contexto escolar a adolescentes e famílias para avaliar as situações referenciadas. Este processo obedeceu sempre ao guião de entrevista da OE (2011).

A intervenção precoce foi outra oportunidade muito interessante, embora aborde a criança numa faixa etária que não a definida como transversal para o meu trabalho.

O Dec. Lei nº 281/2009 no seu artº 2º define que O Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI) “... *abrange as crianças entre os 0 e os 6 anos, com alterações nas funções ou estruturas do corpo que limitam a participação nas actividades típicas para a respectiva idade e contexto social ou com risco grave de atraso de desenvolvimento, bem como as suas famílias.*”

Assim pude analisar situações de especial complexidade, no âmbito de uma equipa multidisciplinar e definir propostas de encaminhamento ou resolução de problemas. Nestas situações a intervenção da Enfermagem é fundamental para o acompanhamento do desenvolvimento desta crianças e eventualmente dotar as famílias de instrumentos que lhes permitem lidar com as eventuais necessidades e cuidados especiais que estas crianças necessitem.

3.2.3. Implicações das atividades realizadas no desenvolvimento de competências

As atividades desenvolvidas ao longo deste estágio cruzaram-se ampla e profundamente com as competências do Enfermeiro Especialista, sejam elas as de natureza Comum ou da Especialidade de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

Desde logo o domínio da responsabilidade profissional, ética e legal foi compreendido na sua totalidade, nomeadamente nas atividades desenvolvidas no âmbito da CPCJ, do NACJR ou da Intervenção Precoce, mercê do nível de profundidade de análise que cada situação requer, seja dos contextos, dos riscos ou das repercussões e responsabilidade das decisões tomadas.

Em particular neste módulo teve também um contributo aprofundado no domínio das competências da melhoria da qualidade. A aquisição e desenvolvimento destas

competências é notória nos indicadores de qualidade para a consulta de enfermagem ao adolescente, que tive oportunidade de elaborar.

Ainda a destacar e relativamente às competências específicas de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, o desenvolvimento de competências no domínio da assistência à criança/jovem com a família, na maximização da saúde. Nas mais variadas atividades desenvolvidas, estas foram por inerência, preocupações constantes na minha atuação, mais ainda pois o trabalho desenvolvido foi-o maioritariamente m contexto social, seja nas escolas, nos domicílios das crianças/jovens, em suma no seio da sua comunidade. Este tipo de trabalho permite uma análise e diagnóstico de situação muito mais aprofundada e concordante com a realidade.

O domínio dos cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, é também na minha análise um campo de destaque, pelas implicação nas atividades realizadas, sejam elas as ações de formação na comunidade cigana, ou algumas entrevistas realizadas a adolescentes com comportamentos de risco e com os quais se negociaram compromissos e metas com vista à melhoria da sua saúde.

3.3. Serviço de Pediatria Internamento – Unidades de Infeto/Gastro

Integrado na equipa de Enfermagem da Pediatria de um hospital central e tendo como orientadora de estágio a Enf^a chefe, especialista em saúde infantil e pediátrica, foram-me apresentadas variadas oportunidades para desenvolver o meu estágio enquadrado nos objetivos gerais previamente delineados. Assim e para avaliar com maior detalhe o contexto em que me insiro optei pela realização de entrevista à Enf^a chefe e consulta de documentação de suporte do serviço para realizar o diagnóstico de situação.

O serviço de Pediatria apresenta como objetivos da sua atividade “Prestar cuidados globais à criança/família minimizando o tempo de internamento” e “Minimizar as crises agudas da criança com doença crónica”.

A equipa é de natureza multidisciplinar e é composta por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, uma assistente técnica e uma educadora.

De salientar que este serviço é composto por duas unidades, a saber uma unidade de Infeciologia com 8 camas e uma unidade de gastroenterologia com 4 camas. Existe ainda um serviço de hospital de dia a funcionar neste serviço de pediatria e que recebe diariamente crianças que necessitam de terapêutica a ser administrada em contexto hospitalar.

A abrangência demográfica deste serviço é alargada pois trata-se de um hospital central universitário, que recebe utentes não só de vários pontos do país mas também de outros países nomeadamente dos Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa. A particularidade dos utentes deste serviço está também na sua diversidade cultural, fruto da multiplicidade de proveniência geográfica já anteriormente descrita, o que acresce o desafio da prática de uma enfermagem atenta às necessidades próprias das crianças, jovens e cuidadores.

3.3.1. Objetivos definidos e atividades desenvolvidas

Devo confessar que tinha algumas expetativas particulares para este estágio. O serviço onde fui integrado está inserido num hospital central, algo distante daquele onde exerço a minha atividade profissional, é um internamento de Pediatria, tipo de serviço onde também já exerci, e além das oportunidades de aprendizagem proporcionadas por um serviço especializado em duas áreas particulares, tinha curiosidade de perceber se o método e as técnicas de trabalho diferiam de alguma forma daqueles a que estou habituado.

A primeira conclusão a que pude chegar é que efetivamente não existem diferenças notórias em nenhuma das áreas, entre a minha realidade profissional e este serviço. O método de trabalho é o do Enfermeiro responsável, e as técnicas e práticas neste serviço não diferem daquelas a que estou habituado.

Assim rapidamente me senti integrado e com naturalidade pude prestar cuidados de Enfermagem às crianças ali internadas ou a ser cuidados em hospital de dia.

Apesar deste ser um serviço vocacionado para duas vertentes clinicas específicas, tal como já descrito, rapidamente percebi que a maioria dos clientes tinham diagnósticos médicos do foro gastroenterológico e em termos de faixa etária eram maioritariamente adolescentes.

Com este cenário de fundo o diagnóstico da situação não foi difícil de fazer, pois o problema fundamental prende-se com a vivência dos adolescentes com diagnóstico de doença inflamatória intestinal (DII), as consequências na sua saúde física, psicológica, mas também nas suas relações sociais. Assim os objetivos definidos foram:

- a) Contribuir para a promoção da qualidade de vida em adolescentes com doença inflamatória intestinal.

Atividades – Assim e após discutido e acordado com a Enf^a orientadora e o acordo da direção do serviço, foram elaborados dois livros informativos acerca da DII. Um dos livros contém informação essencialmente orientada para os adolescentes, apêndice 5, e o outro para os pais/família, apêndice 6. O objetivo fundamental deste projeto foi dar um suporte informativo acerca das indicações e cuidados fundamentais da patologia mas também constituir uma ponte entre estes adolescentes e os profissionais, alertando em diversas fases para a disponibilidade dos profissionais no apoio e informação acerca da doença e cuidados acessórios.

A referida disponibilidade para contacto dos profissionais está declarada nos livros sob duas formas que constituem duas atividades abaixo descritas.

Neste contexto e de acordo com Meleis (2010) os adolescentes atravessam processos de transição simultâneos, sejam eles de desenvolvimento, inerentes à adolescência, de saúde-doença, relacionados com o seu diagnóstico, ou até situacionais, relacionados com o internamento hospitalar. Facilitar condições, nomeadamente através do suporte informativo que visa a preparação para a transição é pois uma necessidade identificada não só por mim mas também pelos profissionais do serviço. A informação direcionada aos pais permite uma eventual suplementação de papel pois após a alta são estes o primeiro suporte e condição facilitadora ao alcance dos adolescentes.

E porque as tecnologias existem também para incrementar a qualidade de vida, criei também um “blog”, apêndice 7, com informação acerca da doença e seus cuidados. Os objetivos do “blog” são tornar a informação mais facilmente acessível, de forma permanente e sem constrangimentos bem como permitir uma atualização dos conteúdos conforme a informação que vá sendo recolhida pelos profissionais no serviço, ao prestarem cuidados a estes adolescentes e famílias bem como

através do instrumento de colheita de dados da “Linha DII’Z”. Na sequência deste “blog” foi também criado uma caixa de correio eletrónico, para complementar a acessibilidade aos serviços.

Uma das formas de contacto será o telefone e nomeou-se de “Linha DII’Z”. Na realidade os adolescentes e pais com dúvidas usavam já este contacto, no entanto faltava dar-lhe a visibilidade e formalidade de um trabalho feito pelos enfermeiros, mas que em momento algum era avaliado ou mensurado. Com a formalização desta linha, criei também um instrumento de recolha de dados para as dúvidas suscitadas e a identificação do autor do telefonema (se autorizada pelo próprio). Esta recolha de dados permite não só um encaminhamento mais eficaz das dúvidas, de modo a não existirem percas de informação, mas também permite fazer uma análise das questões mais frequentes e assim intervir precocemente, durante os internamentos ou intervenções em hospital de dia, de modo a minimizar as dúvidas no futuro e conseqüentemente, proporcionado uma melhor qualidade de vida aos adolescentes com DII e seus familiares.

b) Promover formação aos enfermeiros do serviço subordinada ao tema “crianças e jovens vítimas de violência”.

Atividades – Por último, sugeri formação aos Enfermeiros do serviço subordinada ao tema “Crianças e jovens vítimas de violência”, apêndice 8.

Este tema pode numa primeira análise parecer não ter enquadramento nas atividades do serviço, no entanto a CNPCJ (2010), identifica como fator de risco individual para maus tratos, os problemas de saúde crónicos.

Uma vez que as crianças e adolescentes deste serviço têm internamentos recorrentes ao longo da vida e são até seguidos em hospital de dia, considereei ser importante realizar formação aos profissionais no sentido de estarem atentos a alguns sinais, mas também de alguns erros a não cometer na abordagem a potenciais situações de maus tratos. De facto o Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, afirma no seu artigo 102º, alínea b, que “*O ENFERMEIRO no seu exercício observa os valores humanos pelos quais se regem o individuo e os grupos em que este se integra e assume o dever de:...salvaguardar os direitos da criança, protegendo-as de qualquer forma de abuso*” (OE, 2015, p82).

A recetividade dos profissionais a esta atividade foi elevada, facto demonstrado no interesse pela discussão após a apresentação e avaliação da mesma.

3.3.2. Implicações das atividades realizadas no desenvolvimento de competências

Mais uma vez e como é de esperar, também neste módulo de estágio invariavelmente desenvolvi várias competências, a responsabilidade profissional, a ética e a legalidade foram também aqui desafiadas, nomeadamente na promoção do respeito pelos direitos humanos e responsabilidade profissional, através da formação em serviço, que tocou de forma particular e mais aprofundada estas áreas. O tema abordado na formação foi “maus tratos institucionais”, visando alertar a equipa de enfermagem para uma gestão apropriada das práticas de cuidados que possam comprometer a segurança, a privacidade ou a dignidade do cliente.

O domínio da gestão de cuidados foi aqui também uma área aprofundada com a minha participação ativa em reuniões multidisciplinares de decisão terapêutica.

A área da qualidade também aqui foi intervencionada, em particular no instrumento criado para recolha de dados da “Linha DII’Z”, que constitui uma oportunidade de melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem aos clientes com DII. Ainda o domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais em que pude atuar como formador mediante necessidades formativas diagnosticadas.

O enfoque nas competências da Especialidade de Saúde da Criança e do Jovem, foi neste estágio transversal aos seus vários domínios e unidades de competência. Em crianças com doença crónica, nomeadamente DII, tive oportunidade de implementar e gerir, em parceria, planos de saúde e promotores da parentalidade, concretamente através da capacitação de crianças/jovens e cuidadores para a autonomia na gestão e autocuidado da sua doença e cuidados associados, bem como a criação de recursos comunitários de suporte, como a “Linha DII’Z” ou Blog com o mesmo nome.

Na prática diária de prestação de cuidados foi constante a necessidade de diagnosticar com precocidade e intervir nas doenças comuns e nas situações de risco, nomeadamente através do encaminhamento de algumas situações para outros profissionais, na identificação de evidências fisiológicas e emocionais de

mal-estar psíquico, ou até na facilitação e avaliação de conhecimentos relativo á saúde da criança/jovem.

As situações de cuidados á criança/jovem em situações de especial complexidade, estiveram também presenta neste estágio, nomeadamente num utente com doença oncológica e com necessidade de alguns cuidados especiais. A gestão da dor e bem-estar da criança e jovem foram também uma constante ao longo deste estágio. As situações de doença crónica representaram também um desafio específico nos adolescentes, pela necessidade identificada de intervir para a promoção de autoestima e autodeterminação nas escolhas relativas á saúde.

3.4. Serviço de Neonatologia

Integrado na equipa de Enfermagem da Neonatologia de um hospital central e tendo em conta a especificidade deste serviço nomeadamente nas idades dos clientes, são-me ainda apresentadas algumas oportunidades para desenvolver o meu estágio enquadrado no objetivos gerais previamente delineados. Assim e para avaliar com maior detalhe o contexto em que me insiro optei pela realização de entrevista à Enf^a chefe e consulta de documentação de suporte e estatística do serviço para realizar o diagnóstico de situação. Este serviço apresenta como objetivos da sua atividade “Prestar cuidados globais à criança/família minimizando o tempo de internamento” e “Minimizar as crises agudas da criança com doença cronica”.

A equipa é de natureza multidisciplinar e é composta por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, uma assistente técnica e uma educadora e terapeuta da fala.

De salientar que este serviço é composto por duas áreas funcionais na atualidade, a saber a área intermedia e a de cuidados intensivos. Foi fundamentalmente nesta última de cuidados intensivos que desenvolvi a quase totalidade do meu estágio.

Este foi de todos os locais de estágio, aquele que mais me fez sair do âmbito de atividade profissional diária. Na realidade os cuidados de enfermagem ao bebé prematuro foi uma experiência completamente nova para mim. Assim tentei focar-me essencialmente na aprendizagem e prática destes cuidados. Tive oportunidade de cuidar de grandes prematuros, com peso inferior a 500gr bem como prestar

cuidados a bebés sob hipotermia induzida. Este é um ambiente altamente tecnológico, em que um dos desafios que considerei mais interessantes foi acolher e integrar os pais e conseguir proporcionar-lhes tempo de qualidade com os seus filhos, o que manifestamente é não só possível, mas também fundamental.

O trabalho em equipa é também aqui uma constante e em que o fluxo de informação e feedback da situação clínica do bebé são permanentes, para que possam ser tomadas decisões e implementados cuidados de enfermagem de forma rápida e pertinente. Esta intensidade e necessidade de cuidado é tal que a “passagem de turno” é feita na sala de cuidados intensivos e frequentemente interrompida por intervenções.

Mas ainda assim e apesar da aparente distância entre a natureza dos clientes deste serviço e o meu tema de estágio, não perdi o foco e encontrei não só espaço mas também pertinência, para a abordagem do adolescente em risco.

3.4.1. Objetivos definidos e atividades desenvolvidas

a) Contribuir para a promoção de mecanismos de “coping” em mães adolescentes.

Atividades - De facto os comportamentos de risco na adolescência evoluem também a possibilidade da gravidez precoce e maternidade (Papalia, 2001).

A maternidade na adolescência constitui por si só uma dupla transição, a transição para a adolescência e a transição para a maternidade. Como resultado de uma transição desenvolvimental assíncrona, as mães adolescentes encontram-se expostas a maior “stress” que pode ser nocivo para o seu bem-estar e da criança (Soares, et al., 2001).

De acordo com Staphone e Lancaster (1999), estas mães, pela condição da adolescência encontra-se numa fase da vida em que tentam ainda definir a sua personalidade. Apesar desse facto têm também neste momento de fazer a transição, isto é, incorporar um novo conhecimento, para alterar o comportamento e portanto, mudar a definição de si no contexto social (Meleis, 2010).

Também Canavarro (2001) refere que a maternidade interfere com diferentes aspetos do desenvolvimento da adolescente como o ajustamento sócio emocional, o percurso educativo e profissional, as relações com a família e companheiro,

relações com os pares, a própria saúde física da adolescente ou o seu comportamento como mãe.

Na unidade de neonatologia e além da problemática que vem sendo explanada, apresenta-se o problema da criança prematura. A este respeito Spitz (1996), fornece pistas para o problema adicional que se levanta, ao dizer que a não concretização do filho imaginário e perfeito interrompe a relação mãe-bebé, gera vários sentimentos de depressão, culpa, rejeição e até hostilidade. A aceitação do bebé real é um processo difícil que depende da história individual da mãe, das relações com seus próprios pais e das condições psicológicas que ela apresenta. Foi com este mote que construí um cartaz, apêndice 9, cujos objetivos são a consciencialização e aceitação da nova situação, o desenvolvimento de confiança e “coping”, traduzindo-se em última análise na compreensão da situação e adaptação a uma nova condição (Meleis, 2010).

- b) Sensibilizar a equipa de enfermagem para as particularidades e complexidades da maternidade na adolescência bem como para o seu papel interventivo nestas mães.

Atividades – concretizei uma ação de formação à equipa de Enfermagem, apêndice 10, subordinada ao tema “maternidade na adolescência, intervenções de enfermagem”.

Este trabalho visa alertar a equipa de Enfermagem para as especificidades da maternidade na adolescência para que tenham uma atitude ainda mais atenta a estas mães, tornando-se num recurso valioso para estas no seu simultâneo processo de transição enquanto adolescentes e mães.

Os profissionais presentes, que foram os enfermeiros do turno da manhã e da tarde, demonstraram interesse na formação que se prolongou bem além do esperado, pela discussão que foi gerada em torno do tema. A avaliação foi feita oralmente e muito positiva. Embora do plano de sessão constasse avaliação escrita, esta não foi possível implementar por constrangimentos de trabalho no serviço.

3.4.2. Implicações das atividades realizadas no desenvolvimento de competências

As atividades realizadas neste último estágio, além de acabar por se cruzarem com a maioria dos domínios já abordados, conseguiram ainda assim, em meu entender, destacar alguns pontos. Nas competências da Especialidade de Saúde da Criança e do Jovem, o destaque vai para o domínio do cuidado da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, mas também algumas unidades de competência dos cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem, tais como reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e prestar cuidados de enfermagem adequados, mas também promover a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais (OE, 2010b).

Já nos domínios de competências comuns do enfermeiro especialista, a responsabilidade profissional, ética e legal é inultrapassável em qualquer contexto, os processos de tomada de decisão, têm sempre de ser imbuídos de sentido ético, baseados em princípios, valores e normas deontológicas e no final, refletir acerca dos resultados. O domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, assumiu aqui uma importância particular, pois não sendo a minha prática diária os cuidados de Enfermagem ao grande prematuro, exigiu desenvolvimento de conhecimento específico e aplicado à área.

3.5. Serviço de Urgência Pediátrica – estágio creditado

Neste estágio obtive creditação, após entrega de relatório de experiência profissional. A minha atividade de prestação de cuidados é portanto desenvolvida em contexto de serviço de Urgência Pediátrica, onde exerço funções desde 8 de Outubro de 2007. Os clientes são crianças e adolescentes, com idades compreendidas entre os 0 dias de vida e os 17 anos e 364 dias e seus cuidadores. Estes recorrem ao serviço quer por doença aguda, trauma, agudização de doença crónica ou até por insegurança no papel dos cuidadores.

As minhas atividades dividem-se pelas áreas funcionais do serviço onde desenvolvo a minha prática, que são a triagem, sala de emergência, salas de tratamento e Unidade de Internamento de Curta Duração. Ocasionalmente faço

transporte inter-hospitalar de doentes em idade pediátrica. Estou inserido numa equipa de 20 enfermeiros, dos quais 10 são especialistas de saúde infantil e pediátrica.

Assim, realizo triagem com recurso a algoritmo exclusivo de pediatria. Considero esta área em particular com “carinho” pois entendo-a como desafiante. Além da componente técnica da triagem, orientadora de uma avaliação que não deve exceder os três minutos, tenho de ter em conta a tipologia de clientes, para os quais preciso de ter sempre presente as diversas fases do desenvolvimento psicomotor, as diferenças anatomofisiológicas, o contexto sociocultural e ainda fazer uma avaliação aos cuidadores. É neste momento em que se dá, muitas vezes, o primeiro contacto das crianças/cuidadores com o sistema de saúde e é também nesta fase que começo a identificar as necessidades humanas básicas afetadas. Procedo pois à sua análise e formulo diagnósticos, de entre os quais destaco o medo, a dor, a ansiedade, o conhecimento deficiente, a troca de gases prejudicada, o volume de líquidos deficiente ou a baixa auto estima situacional. A dor é exatamente um dos diagnósticos fundamentais de ser feito no momento da triagem pois tal como refere Hatfield et al (2008), a experiência da dor pode alterar de forma irreversível o sistema nervoso central e comprometer estruturas cognitivas.

Nesta fase, e apesar do contacto com os clientes ser bastante limitado no tempo, delinheio e aplico informalmente um plano de cuidados, que permita intervir na medida das necessidades identificadas e ao qual será dada continuidade numa fase posterior.

Os ensinamentos para a saúde são um exemplo do que pode ser feito e outro é o controlo da dor e/ou febre, que pode inclusivamente ser de natureza farmacológica, estando protocolado e iniciando-se na triagem sob responsabilidade do enfermeiro.

Na sala de emergência e apesar do ritmo da prestação dos cuidados ser intenso, predominantemente técnico e transversal a diversos grupos profissionais, o meu papel reveste-se de uma importância globalizante. Não só é da minha responsabilidade identificar o doente emergente, como dar início às intervenções, ativar a restante equipa, colaborar na estabilização fisiológica e psicológica do mesmo doente e ainda intervir junto dos cuidadores no sentido de cuidar destes,

quando presentes a ansiedade que pode estar relacionada à morte, sentimento de impotência, medo, ou outros.

Nas salas de tratamento tenho como função prestar cuidados e assegurar a ligação e continuidade dos mesmos. Estas salas dividem-se em cuidados gerais, ortopedia e pequena cirurgia. Nestas áreas as atividades desenvolvem-se em torno dos diagnósticos anteriormente descritos e adicionalmente posso destacar o risco de síndrome pós trauma, dor aguda, náusea ou controle ineficaz do regime terapêutico. As intervenções de enfermagem no cliente, são frequentemente causadoras de compromisso das necessidades humanas básicas, nomeadamente quando provocam dor ou desconforto, pelo que nesta altura é fundamental planear as intervenções, de forma a minimizar o sofrimento dos clientes. A administração de terapêutica, realização de pensos ou a colaboração em técnicas ortopédicas e cirúrgicas são atividades predominantes nesta área.

Na Unidade de Internamento de Curta Duração, os cuidados revestem-se de uma dinâmica diferente das restantes áreas, com um cariz mais acentuado na continuidade dos cuidados, vigilância e potencialmente no levantamento de outros diagnósticos de Enfermagem, que até aqui não havia sido possível levantar, pela natureza mais fugaz do contacto proporcionado pelas restantes área funcionais, entre enfermeiros e clientes.

Aqui os cuidados de enfermagem são mais personalizados, na medida em que é proporcionado às crianças e cuidadores, um ambiente de maior conforto e segurança, onde é dada continuidade aos cuidados e formulados diagnósticos de enfermagem adicionais. A maior disponibilidade do enfermeiro a prestar cuidados nesta área e as condições criadas pelo ambiente, oferecem a oportunidade, privacidade e individualidade, para melhorar o processo de comunicação, aprofundar a relação terapêutica e assim formular diagnósticos e intervir em amamentação ineficaz, risco de tensão do papel de cuidador, risco de quedas, risco de suicídio, risco de glicémia instável, mobilidade no leito prejudicada, risco de baixa autoestima crónica, desempenho de papel ineficaz ou até capacidade adaptativa intracraniana diminuída, entre outros.

De referir também o transporte inter-hospitalar, que me tem proporcionado uma experiência acrescida, manifestada em intervenções no domínio de muitos

diagnósticos acima referidos, mas num ambiente mais agressivo, limitado e inseguro, que é a célula sanitária de uma ambulância.

Por último assinalo a minha atuação em supervisão clínica de alunos de enfermagem e como formador em contexto de trabalho.

3.5.1. Implicações da prática profissional no desenvolvimento de competências

Sendo um serviço onde exerço a minha prática profissional há já cerca de 8 anos, reconheço neste momento, que foi de forma natural que adquiri e desenvolvi competências de enfermeiro especialista sejam elas comuns ou específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde de saúde da criança e do jovem.

Fazendo uma análise aos respetivo regulamentos de competências, comuns e da especialidade, de facto constato que os domínios aqui apresentados da responsabilidade profissional, ética e legal, melhoria contínua da qualidade, gestão dos cuidados e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (OE, 2010a), e as competências da assistência à criança/jovem com a família na maximização da sua saúde, do cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade e da prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (OE, 2010b), são por mim abordados de forma persistente na minha prática diária. Apesar de ter alguma noção deste grau de aprofundamento das minhas competências, só agora, terminado este percurso estou em condições de afirmar que não só estão consolidados mas sobretudo adquiri consciência mais profunda dessas mesmas competências e responsabilidade inerente.

3.5.2. A partilha de experiência

A experiência que acabo de descrever teve implicações nos estágios que realizei, mas também as experiências que vivenciei nos estágios trouxeram dividendos para a minha prática diária.

A começar pelos cuidados de saúde primários, devo dizer que nesse contexto, senti efetivamente a falta de informação no encaminhamento dos clientes a partir do hospital. Acredito que seria muito útil se todos os enfermeiros a exercer nos CSP, tivessem acesso a uma linha de comunicação preferencial com os colegas do

contexto hospitalar e vice-versa. Quantas vezes não me deparo com dúvidas acerca do contexto de determinada criança e o potencial impacto do seu contexto na convalescença, dúvidas essas que poderiam ser sanadas com o contacto do Enfermeiro que conhece aquela criança e a sua família. Este sentimento relativo às falhas de comunicação, foi também partilhado não só pela Enf^a coordenadora do estágio de CSP, como por outros colegas a exercer no mesmo local.

A partilha de conhecimentos foi também aqui uma mais-valia, a minha experiência proporciona-me outros saberes nos cuidados à doença aguda, ao passo que os Enfermeiros de CSP, possuem experiência e conhecimentos ao nível das problemáticas de cariz social, das quais eu não estava tão consciente.

Nos meus estágios de contexto hospitalar, também a partilha de experiências foi importante e levou a um reconhecimento, que julgo poder dizer mútuo, da importância da relação e troca de informações entre os serviços de urgência e internamento.

4. Conclusão

Findo este percurso de dado com terminado este relatório, posso agora olhar para trás e compreender de facto o percurso que desenhei e percorri, com muito esforço e sacrifício, mas com um orgulho e contentamento crescentes.

Posso também entender o que ficou bem feito e o que poderia ter sido melhor, mas insatisfação é uma condição inerente ao ser humano, e que em última análise faz mover o mundo em busca de mais e melhor.

Foi exatamente a busca por mais e melhor, que me conduziu a este tema. De facto na minha atividade profissional diária, sou constantemente confrontado com consequências mais ou menos importantes, de comportamentos de risco, consumado pelos adolescentes.

Foi exatamente com esta sensibilidade que parti nesta aventura, para saber o que mais posso fazer por estes adolescentes, para que melhor possam viver e usufruir de qualidade de vida “hoje” e “amanhã”.

O modelo teórico pelo qual optei, entendo ter-se encaixado na perfeição na abrangência do percurso. A transição esteve no fundo presente em todos os problemas que identifiquei e em todas intervenções que desenhei, no sentido suplementar o papel posto em causa em cada uma das vivências do adolescente, fossem elas de saúde ou doença.

Os estágios foram uma agradável surpresa, e confesso nomeadamente o de CSP, pelas oportunidades que jamais julguei poder usufruir. Deixei aqui sementes para um trabalho que à data de entrega deste relatório tem inauguração marcada, falo da consulta do adolescente.

Os estágios no hospital central foram também fontes de aquisição e consolidação de saber, mas também me proporcionaram um crescimento da segurança enquanto profissional. Quando se desenvolve o exercício no mesmo local durante muito tempo, a mudança é sempre uma pouco receada e os contextos a que refiro no

momento, mostram-me uma realidade em tudo semelhante aquela que vivo diariamente. Os contributos que por lá deixei deram também “flor” com a implementação definitiva dos livros de apoio aos adolescentes e pais acerca da DII.

Na neonatologia o meu contributo terá talvez sido mais modesto no imediato, mas acredito trazer resultados a mais longo prazo, nomeadamente com a sensibilização dos profissionais de enfermagem do serviço para a problemática da maternidade na adolescência.

Não gosto de passar por um lugar sem deixar o meu contributo, e como tal prefiro fazer um esforço extra e talvez por vezes fazer menos, mas que seja melhor, realmente útil e promova a mudança sempre no sentido da evolução ou transição, como diria Meleis, a autora que mais me acompanhou nestas aventuras.

Não posso deixar de notar os achados e contributos do trabalho de investigação, que serviram apenas para me deixar insatisfeito e com vontade de continuar a investir neste tema. Parece-me pois pertinente investigar a implementação de programas de prevenção de comportamentos de risco, identificando os existentes, implementando novos, se pertinente e avaliando a sua eficácia.

Em suma cresci em conhecimento, em capacidade de reflexão crítica e construtiva e acredito ter assimilado e demonstrado os saberes e as competências necessárias para que a academia e a OE me possam considerar Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica.

Senti efetivamente que fiz a diferença e isso deixa-me não só o sentido de dever cumprido, mas também de conteúdo aprendido, que no final era o que se pretendia demonstrar.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ARS CENTRO, (2013) – ***Plano de Ação da Unidade de Cuidados na Comunidade*** (parcialmente omitido o título da obra para não viabilizar a identificação do local).

BARROSO, T., Barbosa, A., & Mendes, A. (2006). Programas de prevenção do consumo de álcool em jovens estudantes: revisão sistemática. *Referência*, 2(3), 33-44.

BETTANY-SALTIKOV, J. (2012). ***How to do a systematic literature review in nursing: A step-by-step guide***. McGraw-Hill Education (UK).

BRONFENBRENNER, U. (2005). ***Making human beings human: bioecological perspectives on human development***. London: sage publication

CNPCJR (2010). ***Guia de Orientações para os Profissionais da Saúde na Abordagem de Situações de Maus Tratos ou Outras Situações de Perigo***. Lisboa. Comissão e Proteção de Criança e Jovens em Risco.; Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro. Diário da República nº180/2009 – I Série. Lisboa

DECRETO-LEI nº 281/2009. D.R I-A Série. 196 (2009-10-06). 7298 - 7301. Criação de um Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância (SNIPI).

DICIONÁRIO da Língua Portuguesa com Acordo Ortográfico [em linha]. Porto: Porto Editora, 2003-2016. [consultado em 2016-02-02 15:08:59]. Disponível na Internet: <http://www.infopedia.pt/dicionarios/lingua-portuguesa/transição>

DIREÇÃO GERAL DE SAÚDE. **Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil**. Lisboa. 2013.

DIREÇÃO-GERAL DE SAÚDE – **A Saúde dos Portugueses – Perspetiva 2015**. Lisboa. 2015

HALE, Daniel R., et al. - **A Systematic Review of Effective Interventions for Reducing Multiple Health Risk Behaviors in Adolescence**. *American Journal of Public Health*. Vol 104, nº 5 (May 2014), p. e19-e41. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3987586/pdf/AJPH.2014.301874.pdf>

HATFIELD, L., GUSIC, M., DYER, A., POLOMANO, R. (2008). **Analgesic properties of oral sucrose during routine immunizations at 2 and 4 months of age**. *Pediatrics*, 121, 327-334;

Hespanha, M. (1996). **Os Adolescentes Perante o Sistema de Saúde: Integração ou Marginalização?**. Oficina do CES. Nº 87. Coimbra – disponível em: <http://www.ces.uc.pt/publicacoes/oficina/index.php?id=2517>

HIGGINS, J. P., & Green, S. (Eds.). (2011). **Cochrane handbook for systematic reviews of interventions**, Version 5.1.0. Chichester: Wiley-Blackwell. [Consultado em 10 janeiro de 2013]. Disponível em: http://handbook.cochrane.org/front_page.htm

HSBC - **A Saúde dos Adolescentes Portugueses em Tempos de Recessão - Dados nacionais do estudo Health Behaviours in School-aged Children**. 2014. Disponível em: <http://aventurasocial.com/publicacoes.php>

Lei nº 147/99 de 1 de Setembro (1999). Lei de Protecção de Crianças e Jovens em Perigo. Diário da República I Série A, Nº 204 (01/09/1999) 6115-6132.

Lei n.º 111/2009 de 16 de Setembro (2009). Procede à primeira alteração ao Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, aprovado pelo Decreto -Lei n.º 104/98, de 21 de Abril. Diário da República I Série, N.º 180 (16-09-2009) 6528-6550.

Meleis, A. I. (2007). *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Lippincott Williams & Wilkins.

MELEIS, Afaf Ibrahim – Transitions Theory – ***Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice***. Springer Publishing Company. New York. 2010.

MELNYK, B. M., & Fineout-Overholt, E. (Eds.). (2011). ***Evidence-based practice in nursing & healthcare: A guide to best practice***. Lippincott Williams & Wilkins.

OE (Ordem dos Enfermeiros) – Resumo mínimo e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. 2007. Acedido em 23 de Junho de 2015 em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/documents/rmde_indicadores-vfout2007.pdf

OE (Ordem dos Enfermeiros) – Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Lisboa. 2010a.

OE - (Ordem dos Enfermeiros) – Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa. 2010b.

OE - (Ordem dos Enfermeiros) - **Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**, série I, número 3, volume I, 2011

OE - (Ordem dos Enfermeiros) - Parecer da OE nº3/2013 – **Consulta de enfermagem de Saúde Infantil Especializada**. Lisboa. 2013.

OE - (Ordem dos Enfermeiros) – **Estatuto da Ordem dos Enfermeiros e REPE**. 2015

ONU - ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS (1989). A Convenção sobre os Direitos da Criança. Acedido em 10 de Janeiro de 2016 em: http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf

PAPALIA, Diane, et al – **O Mundo da Criança**. 8ª ed. Portugal. McGrawHill. 2001

PLANO NACIONAL DE SAÚDE ESCOLAR 2015 [consultado em 5 de janeiro de 2016), disponível em: http://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/015_2015_AGO.2015.pdf

POLIT, D. F., & Beck, C. T. (2014). **Essentials of nursing research: Appraising evidence for nursing practice**. Lippincott Williams & Wilkins.

REGULAMENTO DO EXERCÍCIO PROFISSIONAL DOS ENFERMEIROS (2015) – Lei nº 156/2015, de 16 de setembro. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros. [Consultado em 2 fevereiro 2016]. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/publicacoes/Documents/nEstatuto_REPE_29102015_VF_site.pdf

ROCHA, Bruno Miguel Parrinha, Martins, Alexandra Isabel Cabrita, Pereira, Maria Manuela Narciso, Santos, Patrícia Isabel Mourão, & Mestre, Ricardo Emanuel Sousa. - **Perfil de saúde dos adolescentes de uma cidade no Algarve**. *Revista de Enfermagem Referência*, ser III(9), 85-93. 2013. Disponível em: <https://dx.doi.org/10.12707/RIII1270>

SACKETT DL, Straus SE, Richardson WS, Rosenberg W, Haynes RB. - **Evidence-Based Medicine: how to practice and Teach EBM**. 2ª ed. London: Churchill Livingstone; 2000.

SOARES, Isabel [et al.] - **Gravidez e maternidade na adolescência: um estudo longitudinal**. *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. ed. Maria Cristina Canavarro. Quarteto: Coimbra, 2001, p. 359-407.

SPITZ, R. A. (1979/1996). **O primeiro ano de vida: um estudo psicanalítico do desenvolvimento normal e anômalo das relações objetivas**. 7. ed. São Paulo: Martins Fontes (Coleção Psicologia e Pedagogia)

STAPHONE, Marcia; Lancaster, Jeanette – **Enfermagem Comunitária: promoção da saúde de grupo, famílias e indivíduos**. 4ª ed. Lisboa: Lusociência. 1999.

UCP (2012) – **Regulamento Geral de Mestrado em Enfermagem de natureza profissional**. Disponível em: [http://www.ics.lisboa.ucp.pt/resources/Documentos/geral/ICS-ESPS-MEprof_regulamento-13agosto2012mv%20\(3\)%20\(2\).pdf](http://www.ics.lisboa.ucp.pt/resources/Documentos/geral/ICS-ESPS-MEprof_regulamento-13agosto2012mv%20(3)%20(2).pdf)

UNICEF (2011) – Adolescência – Uma fase de oportunidades. Acedido em 11 de Janeiro de 2016 em: http://www.unicef.org/brazil/pt/br_sowcr11web.pdf

ZAGONEL, Ivete Palmira Sanson – **O cuidado humano transicional na trajetória de enfermagem**. *Revista latino-americana enfermagem*. Vol. 7,

n.º3 (Jul 1999), p. 25-32. Disponível em:
<http://www.scielo.br/pdf/rlae/v7n3/13473.pdf>.

APÉNDICES

APÊNDICE 1 – cartaz “e tu quantas vidas tens”

E
t
u



quantas



V
i
d
e
o



t
e
n
s



?



APÊNDICE 2: marcador de livros “prevenção de IST’s”

Porque é só uma, é
melhor prevenir.

não?

IST

infecções sexualmente transmissíveis

são doenças contagiosas
cuja forma mais frequente de
transmissão é através das
relações sexuais (vaginais,
orais ou anais).

VIH/SIDA

Clamídia

Gonorreia

Herpes genital

Hepatite B

Vírus do Papiloma

Humano-HPV

Sífilis

Infeções por tricomonas

o uso do preservativo e a
vacinação para o HPV são as
formas mais eficazes de
prevenção. Cuida-te.

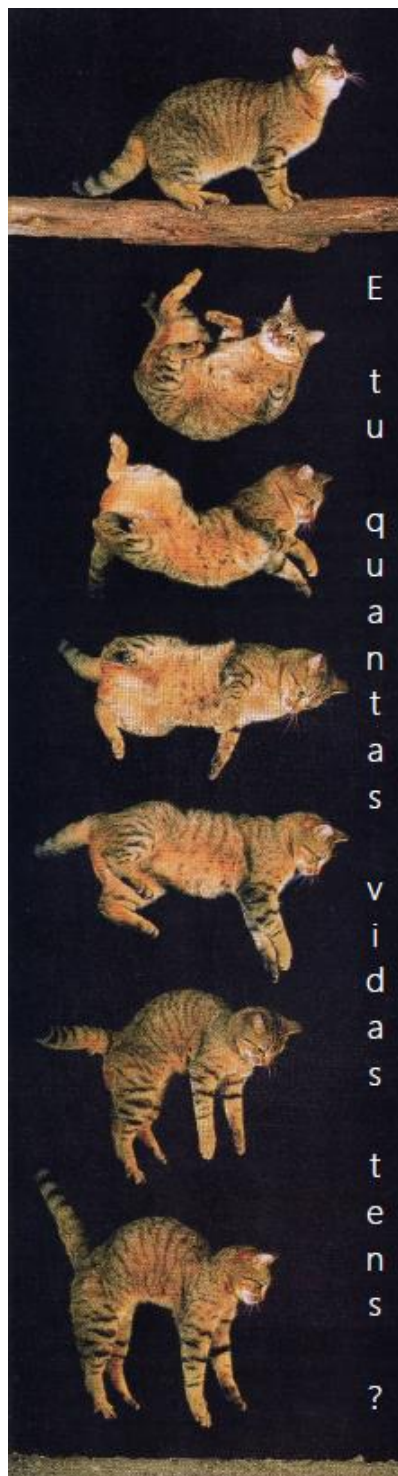
Tens dúvidas?

Centro de Saúde

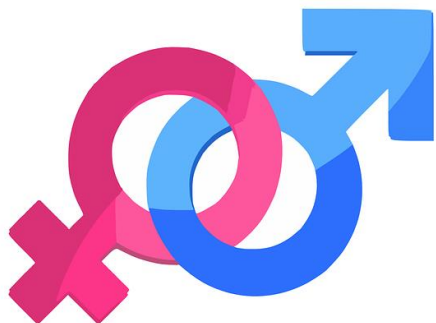
2ª a 6ª Feira, das 08:00 - 20:00

telefone: XXXXXXX

UNIVERSIDADE CATÓLICA
PORTUGUESA INSTITUTO DE
CIÊNCIAS DA SAÚDE



APÊNDICE 3: folheto “10 perguntas sobre sexo”



Sou mulher e quando tenho relações sexuais tenho uma sensação de “secura” na vagina e a penetração torna-se dolorosa. Vai ser sempre assim?

Nem todas as mulheres conseguem uma lubrificação vaginal satisfatória. Pode ter a ver com o facto de não se estar suficientemente excitada, aí pode optar-se por prolongar a fase de carícias e de beijos antes da penetração. Por outro lado, depois da menopausa pode tornar-se frequente. A solução é usar lubrificantes acessíveis em farmácias.

O que é o anel vaginal?

O anel vaginal é um dos métodos contraceptivos mais recentes. Como o nome indica é um anel hormonal feito de plástico, transparente e flexível. É colocado pela própria mulher na vagina e deve ser mantido durante 3 semanas, parando durante 1 semana (ciclo de uso), período durante o qual vai libertando estrogéneo e progestagéneo, hormonas que ao entrar na corrente sanguínea inibem a ovulação, à semelhança da pílula.

O meu namorado insiste para termos relações sexuais, mas eu ainda não me sinto preparada, o que devo fazer?

A primeira vez, como todas as vezes, deve ser desejada. E só nós sabemos quando nos sentimos preparados. Por isso, tem de haver respeito e tempo para ouvir do outro lado. É importante que conversem e percebam porque se deve esperar ou avançar. Falar abertamente sobre as dúvidas e receios. Mais cedo ou mais tarde surge o momento certo.



Quem somos

Sobre Nós

Estamos no Centro de Saúde, de 2ª a 6ª
Feira, das 08:00 - 20:00

Contacta-nos

Telefone: XXXXXXXX

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

10 PERGUNTAS SOBRE SEXO

E tu, quantas perguntas tens?



10 PERGUNTAS SOBRE SEXO

O que é sexo seguro?

Sexo (mais) seguro é sexo com proteção. Por um lado utilizando meios de prevenir uma gravidez indesejada e por outro usando métodos para proteger contra as infeções sexualmente transmissíveis.

A forma de fazer sexo mais seguro é ainda usar preservativo.

Tenho 17 anos, ainda virgem e tenho muitas dúvidas sobre sexo e sexualidade. Não queria falar com pessoas conhecidas. Onde me posso dirigir e com quem posso falar?

Em Portugal há vários serviços que podem ajudar os jovens. Há centros de atendimento e linhas telefónicas de ajuda. O mais fácil é ligares para a sexualidade em linha, do Instituto Português da Juventude onde tens técnicos muito habituados a esclarecer dúvidas. O nº é o **808 222 003**. Também te podem encaminhar para consultas de atendimento mais perto do local onde te encontras. Nos centros de saúde também existem consultas de planeamento familiar.

Como posso saber se sou homossexual?

Os sentimentos perante a nossa sexualidade podem ser confusos, sobretudo quando nos sentimos atraídos por pessoas do mesmo sexo. O mais importante é perceber com o tempo se de facto o desejo se manifesta sobretudo por um sexo ou por outro. Ser homossexual é tão natural quanto ser heterossexual, pelo que a aceitação deveria ser um processo normal. Mas caso a orientação sexual seja mais complicada de assumir, pode procurar-se apoio e ajuda.

10 RESPOSTAS SOBRE SEXO

A masturbação faz mal?

Não. A masturbação só é motivo de Preocupação se causar algum tipo de inflamação ou se for praticada em níveis que afetem ou perturbem o comportamento Social.

O preservativo rompeu durante a relação sexual com o meu namorado, o que faço agora?

Convém nestas situações, e se querem evitar o risco de uma gravidez indesejada, tomar a contraceção de emergência (CE) ou pílula do dia seguinte. Podem pedir num centro de saúde ou na farmácia. A CE pode ser tomada até 72 horas depois da relação sexual Também é importante que ambos façam testes para despistar a existência de infeções sexualmente transmissíveis. Por fim, importa perceber porque razão o preservativo se rompeu: estaria fora de prazo? Usaram lubrificantes sem ser à base de água?...



O preservativo retira o prazer?

Para muitos homens, o preservativo retira alguma sensibilidade, para outros não, ajudando mesmo ao “autocontrolo” da fase pré-orgasmo. A sensibilidade pode contudo ser a mesma com ou sem preservativo. A utilização frequente de preservativos pode ajudar a manter os níveis de sensibilidade, assim como a utilização de preservativos mais finos. Por outro lado, a utilização de um método que é seguro relativamente à prevenção da gravidez e das IST torna toda a relação mais descontraída, ajudando a atingir mais prazer.

É fácil atingir o orgasmo?

O orgasmo é a fase mais intensa do nosso ciclo de resposta sexual. É o momento em que uma série de reações se desencadeiam no nosso corpo conduzindo a uma sensação de prazer. Nem sempre se atinge durante uma relação sexual, nem é obrigatório que assim seja e depende muito da resposta fisiológica de cada pessoa. Mas não ter orgasmos pode tornar a vida sexual muito pouco satisfatória para homens e mulheres. Se é frequente a “anorgasmia”, ou seja a ausência de orgasmo é importante que os parceiros de uma relação falem sobre o assunto e procurem apoio de técnicos especializados, como terapeutas, psicólogos ou sexólogos. Na maioria das vezes, as disfunções sexuais podem ser resolvidas.

APÊNDICE 4: “projeto farol”

PROJETO FAROL

Trabalho realizado com a
colaboração de
Enfermeiro Gonçalo
Pereira, aluno de
Mestrado em Saúde
Infantil e Pediátrica do
Instituto de Ciências da
Saúde – Universidade
Católica



Unidade de Cuidados na Comunidade

Projeto de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de
Enfermagem

Consulta de Enfermagem dos Adolescentes

LISTA DE SIGLAS

CPCJ	Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
CS	Centro de Saúde
HBSC	Health Behaviour in School – Aged Children
INE	Instituto Nacional de Estatística
IST's	Infeções Sexualmente Transmissíveis
NACJR	Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco
OE	Ordem dos Enfermeiros
OMS	Organização Mundial de Saúde
PF	Planeamento Familiar
PNSIJJ	Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
SINUS	Sistema de Informação para Unidades de Saúde
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade



ÍNDICE

	Pág.
1. Identificação do Problema	7
1.1. O Problema	7
1.2. A adolescência	8
1.3. A demografia	8
1.4. A acessibilidade	9
1.5. A evidência	9
1.5.1. Higiene Oral	10
1.5.2. Uso de substâncias	10
1.5.3. Violência	11
1.5.4. Comportamentos autolesivos	11
1.5.5. Relações familiares	12
1.5.6. Relações de amizade entre pares	13
1.5.7. Escola e ambiente escolar	14
1.5.8. Saúde e bem-estar	14
1.6. Áreas a intervir	19
2. Atividades	14
2.1. Objetivos gerais	14
2.2. Objetivos específicos	14
3. Implementação	21
4. Espaço farol	27
Bibliografia	



Lista de Quadros

	Pág.
Quadro 1 Adolescentes residentes no Concelho	9
Quadro 2 Frequência de lavagem dos dentes	6
Quadro 3 Envolvimento em lutas	11
Quadro 4 Forma como se sentia quando Infligiu lesão	11
Quadro 5 Facilidade em falar com...	12
Quadro 6 Desemprego e bem-estar	13
Quadro 7 Número de amigos	13
Quadro 8 Facilidade em Falar com o melhor amigo	13
Quadro 9 Gostar da escola	14
Quadro 10 Sentir-se seguro na escola	14
Quadro 11 Perceção de saúde	15
Quadro 12 Sintomas psicológicos	15
Quadro 13 Relações sexuais	15
Quadro 14 Uso de preservativo na primeira vez	16



1. IDENTIFICAÇÃO DO PROBLEMA

1.1. O Problema

Os adolescentes do Concelho X, de resto um pouco como em todo o país, encontram-se afastados dos serviços de saúde. Quere-se com isto dizer que não há hábito de o adolescente frequentar as consultas de vigilância previstas no Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (2013) ou sequer procurar em face de problemas que podem ser natureza diversa mas muito característicos desta fase da vida.

Os números falam por si pois apesar de estarem inscritos 3520 adolescentes no CS deste Concelho, apenas 12 compareceram no ano de 2014 para o exame global dos 15 anos de idade, dados do Sistema Informação para Unidades de Saúde (SINUS) em 1 de junho de 2015.

As consultas de planeamento familiar (PF) são o único ponto de encontro entre estes adolescentes e o Centro de Saúde (CS), no entanto é um serviço redutor tendo em conta que atende quase exclusivamente adolescentes do sexo feminino e num âmbito específico inerente a estas consultas.

Apesar deste quadro as estruturas de apoio social, nomeadamente o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) ou Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), contam diariamente com novos casos nos quais a saúde dá a sua colaboração através da Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC).

Seria no entanto desejável que estes adolescentes procurassem ajuda antes das suas realidades terem este encaminhamento. Para tal entende-se que será necessária uma estrutura ou serviço com características muito próprias e amplamente descritas na literatura, com a qual os adolescentes se identifiquem e seja um recurso efetivo para as suas vivências por vezes conturbadas da adolescência.

1.2. A adolescência

A adolescência é uma fase da vida com especificidades que lhe conferem a necessidade de uma atenção particular, este facto advém do conjunto de mudanças, característico desta fase da vida. Assim importa antes de mais definir o que é a adolescência de forma a compreender o fenómeno em abordagem no presente documento.

Assim a adolescência é a etapa da vida compreendida entre a infância e a fase adulta marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial. É dividida em três fases: inicial, compreendida entre os 10 e os 13 anos; intermédia, dos 14 aos 16 anos; tardia, depois dos 16 anos e até aos 18 anos. (OE, 2011)

Já a Organização Mundial de Saúde (OMS) atribui as designações de adolescentes e de jovens aos indivíduos que têm entre 10 e 19 anos e entre 15 e 24 anos, respetivamente o que vem ao encontro da definição anterior e que estabelece definitivamente a população visada neste documento como sendo os indivíduos com idade compreendidas a partir dos 10 anos e até perfazer os 18 anos de idade.

1.3. A demografia

O âmbito demográfico do projeto aqui apresentado é o Concelho X e para tanto convém perceber afinal quantos adolescentes são potenciais abrangidos por este serviço.

Segundo dados do Instituto Nacional de Estatística (INE), são 4054 (quadro I) os adolescentes que residem neste concelho. Segundo dados do SINUS, em 1 de junho de 2015, estão inscritos no CS do Concelho 3520 destes adolescentes. De salientar que no ano de 2014 e para o exame global dos 15 anos de idade compareceram 12 adolescentes, facto que

evidencia o afastamento dos adolescentes relativamente aos serviços de saúde.

Período de referência dos dados	Local de residência (NUTS - 2002) (1)	População residente (N.º) por Local de residência (NUTS - 2002), Sexo e Grupo etário; Anual					
		Sexo					
		HM		H		M	
		Grupo etário					
		10 - 14 anos	15 - 19 anos	10 - 14 anos	15 - 19 anos	10 - 14 anos	15 - 19 anos
		N.º	N.º	N.º	N.º	N.º	N.º
2013		2073	1981	1070	1033	1003	948

Quadro 1 – Adolescentes residentes no Concelho (Fonte: INE, quadro extraído em 03 de Junho de 2015,10:45:49)

1.4. A acessibilidade

A acessibilidade dos adolescentes deste Concelho a este tipo de serviço está atualmente limitada cobrindo apenas as consultas previstas PNSIJ e a área do Planeamento Familiar, o que é manifestamente pouco tendo em conta as problemáticas associadas a esta faixa etária, que se refletem nas estatísticas de saúde e comportamentos ou estilos de vida que podem influenciar a saúde destes adolescentes a curto ou a longo prazo, Matos (2006)

1.5. A evidência

Em concreto os problemas que empiricamente se sabem estar associados à adolescência traduzem-se em dados estatísticos, dados estes espelhados por alguns estudos. Os dados que serão apresentados nas próximas páginas provêm maioritariamente do estudo Health Behaviour in School – Aged Children (HBSC), conduzido em 2014 e muito embora não sejam específicos do Concelho, são a realidade nacional à qual e através da sensibilidade dos seus profissionais de saúde, não é alheia.

Pretende-se demonstrar os problemas e os espaços de intervenção abertos por estes.

1.5.1. Higiene oral

Neste campo é de notar que ainda existe um número de adolescentes superior a 30% que lava os dentes 1 vez por dia ou menos (quadro 2). Estes dados demonstram a manifesta carência de hábitos de higiene oral entre esta população.

FREQUÊNCIA COM QUE LAVA OS DENTES (n=5937)	Comparação entre Géneros ^(a)		Comp. entre anos de Escolaridade ^(b)			
	Rapazes	Raparigas	6º ano	8º ano	10º ano	
MAIS QUE 1 VEZ / DIA	69,9%	62,8%	76,4%	68,3%	67,9%	75,4%
PELO MENOS 1 VEZ / DIA	25,9%	30,9%	21,4%	26,9%	27,7%	21,8%
PELO MENOS 1 VEZ / SEMANA	3,0%	4,3%	1,8%	3,3%	3,2%	2,1%
RARAMENTE OU NUNCA	1,2%	2,0%	0,4%	1,5%	1,2%	0,7%

Quadro 2 – Frequência de lavagem dos dentes (Fonte: HBSC, pág. 27)

1.5.2. Uso de substâncias

De acordo com o estudo HBSC (pág. 75) são 22,2% os adolescentes que já experimentaram tabaco e a idade da primeira experiência em média os 13,04 anos de idade, facto que revela a necessidade de uma intervenção precoce no âmbito da prevenção desta substância.

Ainda segundo o mesmo estudo (pág. 76), 7,5% dos jovens refere hábitos tabágicos. Destes jovens (pág. 77), 35,4% refere hábitos diários de consumo de tabaco.

Também o consumo de álcool assume contornos a destacar com 41,2% dos adolescentes a já terem experimentado álcool, mas mais ainda com 17,2% a terem já sofrido embriaguez.

A estes números anteriormente apresentados, agrava ao facto de a média de idade de experimentação de álcool ter sido de 12,80 anos e a de embriaguez de 13,94 anos.

A idade para experimentação de drogas é 13,76 anos de idade (HBSC pág. 83)

1.5.3. Violência

São 21,3% os adolescentes que se envolveram em lutas no último ano. (HBSC pág. 91)

ENVOLVIMENTO EM LUTAS NO ÚLTIMO ANO (n=5423)	Comparação entre Gêneros ^(a)		Comp. entre anos de Escolaridade ^(b)			
	Rapazes	Raparigas	6º ano	8º ano	10º ano	
NUNCA	78,7%	68,6%	87,9%	74,7%	78,4%	84,1%
1 a 3 VEZES	17,4%	24,9%	10,6%	20,1%	17,5%	13,8%
4 VEZES OU MAIS	3,9%	6,5%	1,6%	5,2%	4,1%	2,1%

Quadro 3 – Envolvimento em lutas (Fonte: HBSC, pág. 91)

1.5.4. Comportamentos autolesivos

São 20,3% os adolescentes que afirmam ter infligido lesões intencionalmente a si próprios no último ano (HBSC pág. 96). Analisada a pergunta “ Quando “fez mal a si próprio” de propósito como se sentia?”, pode-se ver que 59% dos adolescentes referiu que se sentia triste e (52,3%) referiu estar “farto”.

Outro dado importante é com quem estava o adolescente quando infligiu lesões a si próprio. A grande maioria dos jovens (75,8%) refere que estava sozinho quando se magoou de propósito.

... COMO SE SENTIA?

TRISTE	59,0%
FARTO	52,3%
DESILUDIDO	39,4%
ZANGADO	37,0%
NERVOSO	34,9%
DESESPERADO	27,3%
INQUIETO	12,2%

Quadro 4 – Forma como se sentia quando infligiu lesão (Fonte: HBSC, pág. 97)

Relativamente à lesão infligida cerca de metade dos adolescentes (51,7%) refere que se magoou de propósito cortando-se e a parte do corpo mais frequentemente escolhida para este ato foi os braços (62,5%).

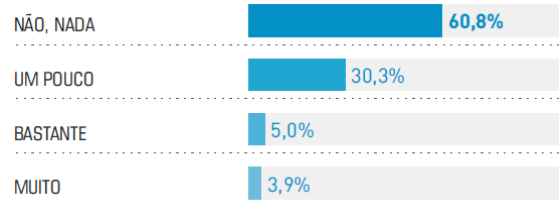
1.5.5. Relações familiares

Na adolescência a figura de referência desempenha um papel crucial no salutar desenvolvimento. Neste contexto são os pais as principais figuras a assumir este papel, podendo no entanto ser outras pessoas do círculo de relações do adolescente.

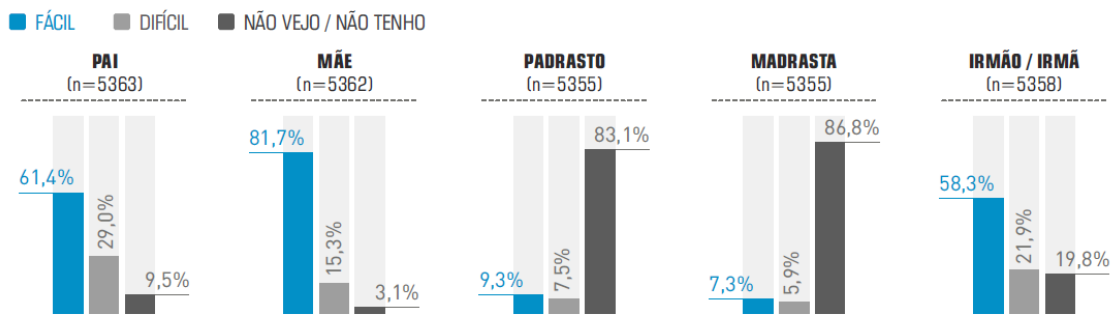
Com a ideia manifesta no parágrafo anterior em mente convém perceber as relações dos adolescentes com a família (pai/mãe/irmãos). Segundo o HBSC 2014, 29% dos adolescentes refere dificuldade em falar com o pai, 15,3% com a mãe e 21% com irmão/irmã, dados estes que desvendam uma realidade difícil numa época da vida em que as transformações pessoais são tantas e tão profundas que é fundamental a referida figura de referência.

DESEMPREGO DA MINHA MÃE

TEM AFETADO O MEU BEM-ESTAR EMOCIONAL (n=1035)



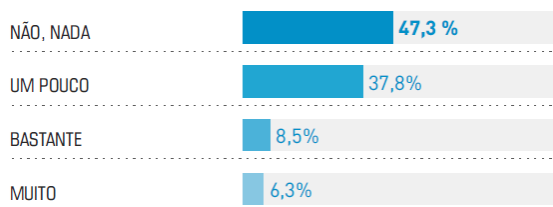
FACILIDADE EM FALAR COM...



Quadro 5 – Facilidade em falar com... (Fonte: HBSC, pág. 103)

De salientar também o contexto socioeconómico das famílias e em particular o desemprego é também um fator desestabilizador do bem-estar emocional do jovem.

DESEMPREGO DO MEU PAI TEM AFETADO O MEU BEM-ESTAR EMOCIONAL (n=505)



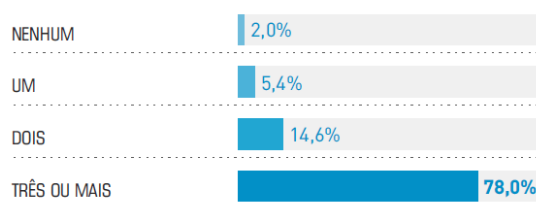
Como demonstram o quadro 6, o desemprego dos pais afeta de forma significativa o bem-estar.

Quadro 6 – Desemprego e bem-estar... (Fonte: HBSC 2014)

1.5.6. Relações de amizade entre pares

De salientar que 2% dos adolescentes referem não ter nenhum amigo, no universo da amostra este dado representa mais de 100 adolescentes que referem não ter qualquer amizade entre os pares o que constitui um dado preocupante.

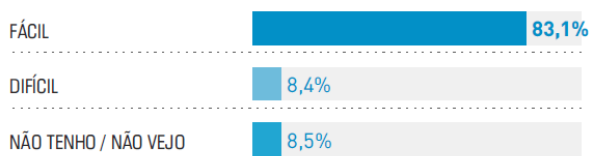
NÚMERO DE AMIGOS (n=5075)



Quadro 7 – Número de amigos (Fonte: HBSC 2014)

A adicionar à realidade anteriormente descrita pode-se constatar no gráfico seguinte que mesmo entre os jovens com amigos persiste um número elevado, 8,4%, que afirma ter dificuldade em falar com o melhor amigo.

FACILIDADE EM FALAR COM O MELHOR AMIGO (n=5359)



Comparação entre Géneros ^(a)

	Rapazes	Raparigas
FÁCIL	79,7%	86,1%
DIFÍCIL	10,9%	6,2%
NÃO TENHO / NÃO VEJO	9,4%	7,7%

Comp. entre anos de Escolaridade ^(b)

	6º ano	8º ano	10º ano
FÁCIL	83,5%	82,4%	83,6%
DIFÍCIL	10,6%	8,8%	5,2%
NÃO TENHO / NÃO VEJO	5,9%	8,8%	11,2%

(a) ($\chi^2=45,82$; $gl=2$, $p<0,01$). $n=5359$

(b) ($\chi^2=54,09$; $gl=4$, $p<0,01$). $n=5359$

Quadro 8 – Facilidade em falar com o melhor amigo (Fonte: HBSC 2014)

1.5.7. Escola e ambiente escolar

Quase 27% dos adolescentes refere não gostar da escola, facto este que conjugado com a escolaridade obrigatória até aos 18 anos deixa antever uma adolescência vivida com algum grau de desconforto nesta área.

GOSTAR DA ESCOLA (n=5804)		Comparação entre Géneros ^(a)		Comp. entre anos de Escolaridade ^(b)		
		Rapazes	Raparigas	6º ano	8º ano	10º ano
GOSTO	73,1%	69,0%	76,8%	82,3%	65,1%	72,5%
NÃO GOSTO	26,9%	31,0%	23,2%	17,7%	34,9%	27,5%

(a) ($\chi^2=45,07$; gl=1, $p<.001$). n=5804(b) ($\chi^2=162,44$; gl=2, $p<.001$). n=5804

Quadro 9 – Gostar da escola (Fonte: HBSC 2014)

Ainda no âmbito da escola de salientar que 6% dos inquiridos neste estudo raramente ou nunca se sentem seguros na escola.

SENTIR-SE SEGURO NA ESCOLA (n=5761)		Comparação entre Géneros ^(a)		Comp. entre anos de Escolaridade ^(b)		
		Rapazes	Raparigas	6º ano	8º ano	10º ano
SEMPRE / FREQUENTEMENTE	72,9%	76,1%	70,0%	73,0%	69,2%	78,5%
ÀS VEZES	21,1%	17,5%	24,4%	20,7%	23,7%	17,6%
RARAMENTE / NUNCA	6,0%	6,4%	5,6%	6,2%	7,1%	3,9%

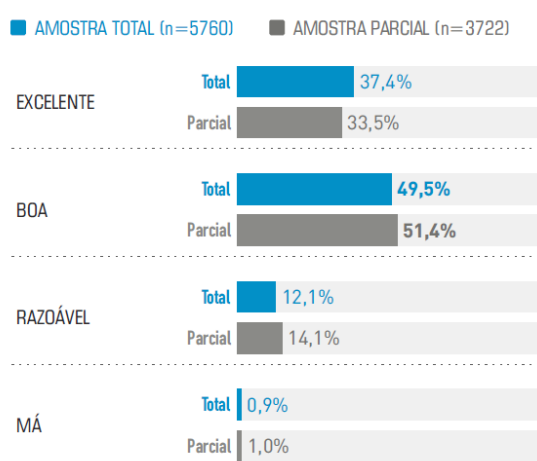
(a) ($\chi^2=41,795$; gl =2; $p<.001$). n= 5761(b) ($\chi^2=42,173$; gl =4; $p<.001$). n=5761

Quadro 10 – Sentir-se seguro na escola (Fonte: HBSC 2014)

1.5.8. Saúde e bem-estar

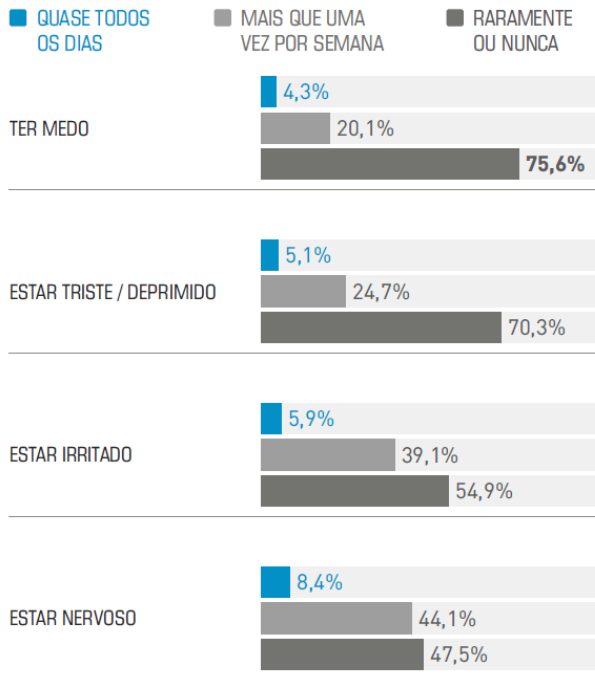
Neste campo, de notar que apenas 37,4% da totalidade dos participantes no estudo afirma ter um nível excelente de saúde, no entanto é do domínio geral que os adolescentes não procuram os serviços de saúde (Quadro 11).

PERCEÇÃO DE SAÚDE



Quadro 11 – Percepção de saúde (Fonte: HBSC 2014)

SINTOMAS PSICOLÓGICOS (n=5759)



* % da coluna com opção raramente ou nunca por ordem decrescente de resposta.

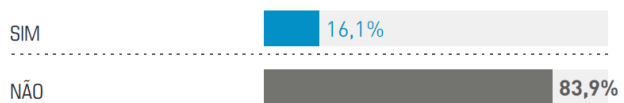
Quadro 12 – Sintomas psicológicos (Fonte: HBSC 2014)

Destaca-se agora a área dos sintomas psicológicos, dentro da qual 4,3% e 5,1% dos participantes, (quadro 12), referem respectivamente ter medo e estar triste/deprimido todos os dias. Denotar ainda que se se considerar a frequência destes estados psicológicos mais de uma vez por semana

1.5.9. Comportamentos Sexuais

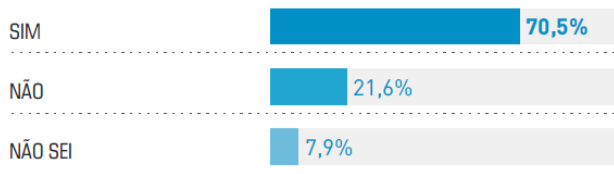
Da totalidade dos adolescentes da amostra 12,8% assumiu já ter tido relações sexuais (quadro 13). No entanto e de destacar os dados do próximo quadro relativos ao uso de preservativo.

RELAÇÕES SEXUAIS - AMOSTRA PARCIAL (n=3869) (8º e 10º ano)



Quadro 13 – Relações sexuais (Fonte: HBSC 2014)

USO DE PRESERVATIVO NA PRIMEIRA VEZ (n= 454)



São 21,6% os adolescentes que não fizeram uso do preservativo na sua primeira relação sexual. Esta é uma realidade que será urgente mudar.

Quadro 14 – Uso do preservativo na primeira vez
(Fonte: HBSC 2014)

1.6. Áreas a intervir

Com os dados apresentados até este ponto parece evidente a necessidade de uma intervenção mais aprofundada nesta faixa etária. O problema é, tal como refere a Sociedade Portuguesa de Pediatria (SPP), que “o adolescente é por regra geral um indivíduo saudável, que recorre pouco aos serviços de saúde.” Diz mais ainda que a frequência das consultas nos primeiros anos de vida diminui progressivamente a partir da idade escolar, facto este que faz com que se perca a oportunidade de prestar cuidados antecipatórios.

A acompanhar estas afirmações surgem dados de um estudo realizado por Rocha, et al (2013) no Algarve em que dos dados recolhidos, aquele que foi mais significativo foi a necessidade manifestada pelos adolescentes de “criação de um gabinete ou associação de apoio e informação aos jovens”.

Além do planeamento familiar, outras áreas existem que são de importância fulcral para o crescer saudável e que de acordo com as estatísticas disponíveis revelam a necessidade de abrir espaço para que possa ser feita intervenção e acompanhamento.

As adições ou dependências, as relações interpessoais e a gestão de conflitos, gravidez indesejada e maternidade precoce, os comportamentos alimentares, a violência no namoro, a motivação, ou a autoestima, constituem problemas com necessidade de resposta para ganhos em saúde da população de adolescentes, amanhã adultos que se querem saudáveis.

Do ponto de vista da Enfermagem todo este trabalho ter que ter sempre em conta as linhas orientadoras da Ordem dos Enfermeiros, nomeadamente através do seu guião de entrevista OE (2010), e ainda os cuidados previstos no PNSIJ da DGS (2013).

De tudo o que vai exposto até aqui parece evidente a necessidade de criar um espaço neste Concelho onde os adolescentes possam recorrer para ajuda, espaço esse com o qual se possam identificar, que seja uma garante de confidencialidade, o que os adolescentes valorizam em particular, e que colmate a necessidade identificada e constitua um caminho para contrariar a evidência dos estudos apresentados.

Assim surge a ideia de um consulta a implementar num espaço exterior aos serviços de saúde, que seja o garante desta confidencialidade, com uma equipa multidisciplinar, com o apoios de diversos parceiros da rede social, serviço este que em ultima análise consiga criar um espaço e uma relação de confiança com os adolescentes e que os cativa a procurar ajuda para os seu problemas.



2. ATIVIDADES

Para a concretização deste projeto são definidos objetivos que traduzam a intencionalidade do mesmo.

2.1. Objetivos gerais

Promover a saúde dos adolescentes do Concelho

2.2. Objetivos específicos

No âmbito da saúde mental:

- diminuir a prevalência de comportamentos de automutilação e suicídio na adolescência;
- prevenir e encaminhar situações abuso de substancias nos adolescentes que procurem ajuda no “projeto farol”.

No âmbito da Sexualidade:

- prevenir a gravidez na adolescência;
- diminuir a prevalência de IST's.

No âmbito das relações interpessoais:

- prevenir a violência entre pares;
- prevenir maus-tratos

No âmbito dos hábitos de vida saudáveis:

- prevenir a obesidade;
 - prevenir doenças da cavidade oral, cáries dentárias.
-



3. IMPLEMENTAÇÃO

E porque a evidência deve ser sempre acompanhar o trabalho desenvolvido pelos enfermeiros, são abaixo definidos métodos de avaliação da qualidade de trabalho, para que se necessário possam ser introduzidas medidas corretivas para melhorar resultados.

São assim para já criados indicadores em áreas fundamentais, mas futuramente outros serão adicionados. Este trabalho é realizado com o suporte

No âmbito da saúde mental:

Indicador de Estrutura

Existência de metodologia para a entrevista ao adolescente (Os procedimentos da entrevista serão norteados pelo guião de entrevista ao adolescente da OE)

Aplicação de instrumentos de avaliação de risco (Inquérito Mais Contigo; ASSIST – The Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test)

Indicador de Processo

% de novas lesões resultantes de automutilação em adolescentes com avaliação de risco de automutilação

% de suicídios em adolescentes com risco de suicídio

% de adolescentes com diminuição do score de envolvimento com substância específica

Indicador de Resultado

R1 - Taxa de efetividade na prevenção de lesões autoinfligidas

Número de adolescentes com foco “Automutilação”, com diagnóstico de risco de automutilação, sem novas automutilações e com pelo menos uma intervenção documentada

Fórmula: número de adolescentes com risco de automutilação sem novas automutilações e com pelo menos uma intervenção documentada / número de adolescentes com risco de automutilação, X 100

R2 - Taxa de efetividade na prevenção de suicídio

Número de adolescentes com foco “Suicídio”, com diagnóstico de risco de suicídio, com risco de suicídio diminuído e com pelo menos uma intervenção documentada

Fórmula: número de adolescentes em risco de suicídio, com risco de suicídio diminuído e com pelo menos uma intervenção documentada / número de adolescentes com risco de suicídio, X 100

R3 - Taxa de efetividade na prevenção de Abuso de Substâncias

Número de adolescentes com foco “Abuso de Substâncias”, com diagnóstico abuso de substâncias, com necessidade de intervenção diminuída e com pelo menos uma intervenção documentada

Fórmula: número de adolescentes com abuso de substâncias, com necessidade de intervenção diminuída e com pelo menos uma intervenção documentada / número de adolescentes com abuso de substâncias, X 100

No âmbito da sexualidade

Indicador de Estrutura

Existência de metodologia para a entrevista ao adolescente (Os procedimentos da entrevista serão norteados pelo guião de entrevista ao adolescente da OE)

Aplicação de instrumento de avaliação: Avaliação de “estádio de Tanner”, Questionário sobre conhecimentos acerca de IST's e métodos de contraceção.

Indicador de Processo

% de novos casos de gravidez em adolescentes com avaliação de risco de gravidez

% de novos casos de IST's em adolescentes com avaliação de risco de contrair IST's

Indicador de Resultado

R1 - Taxa de efetividade na prevenção de gravidez na adolescência

Número de adolescentes com foco “Gravidez não planeada”, com diagnóstico de risco de gravidez, sem engravidar e com pelo menos uma intervenção documentada

Fórmula: número de adolescentes com risco de gravidez não planeada sem engravidar e com pelo menos uma intervenção documentada / número de adolescentes com risco de gravidez, X 100

R2 - Taxa de efetividade na prevenção de infecção (IST's)

Número de adolescentes com foco "Infecção", com diagnóstico de risco de infecção, com risco de infecção diminuído ou ausente e com pelo menos uma intervenção documentada

Fórmula: número de adolescentes em risco de infecção, com risco de infecção diminuído ou ausente e com pelo menos uma intervenção documentada / número de adolescentes com risco de infecção, X 100

No âmbito das relações interpessoais

Indicador de Estrutura

Existência de metodologia para a entrevista ao adolescente (Os procedimentos da entrevista serão norteados pelo guião de entrevista ao adolescente da OE)

Aplicação de instrumento de avaliação: Risco de violência

Indicador de Processo

% de novos casos de violência entre adolescentes com avaliação de risco de atitude violenta

% de novos casos de maus-tratos em adolescentes com avaliação de risco de sofrer maus-tratos

Indicador de Resultado

R1 - Taxa de efetividade na prevenção de violência entre adolescentes

Número de adolescentes com foco “Violência”, com diagnóstico de risco de violência para terceiros, sem episódios de violência e com pelo menos uma intervenção documentada.

Fórmula: número de adolescentes com risco de violência para terceiros, sem episódio de violência e com pelo menos uma intervenção documentada / número de adolescentes com risco de violência para terceiros, X 100

R2 - Taxa de efetividade na prevenção de maus-tratos

Número de adolescentes com foco “violência”, com diagnóstico de risco de violência, sem episódio de violência e com pelo menos uma intervenção documentada.

Fórmula: número de adolescentes com risco de violência, sem episódio de violência e com pelo menos uma intervenção documentada / número de adolescentes com risco de violência, X 100

Promoção de hábitos de vida Saudáveis

Indicador de Estrutura

Existência de metodologia para a entrevista ao adolescente (Os procedimentos da entrevista serão norteados pelo guião de entrevista ao adolescente da OE)

Aplicação de instrumentos de avaliação: IMC; Saúde Oral

Indicador de Processo

% de novos casos de obesidade entre adolescentes com avaliação de risco de obesidade

% de novos casos de cárie dentária em adolescentes com avaliação de risco de cárie dentária

Indicador de Resultado

R1 - Taxa de efetividade na prevenção de obesidade nos adolescentes

Número de adolescentes com foco “Peso corporal”, com diagnóstico de peso comprometido, sem aumento do IMC e com pelo menos uma intervenção documentada.

Fórmula: número de adolescentes com risco de aumento de IMC, sem aumento de IMC e com pelo menos uma intervenção documentada / número de adolescentes risco de aumento de IMC, X 100

R2 - Taxa de efetividade na prevenção de cárie dentária

Número de adolescentes com foco “Higiene oral inefetiva”, com diagnóstico de risco de cárie dentária, sem episódio de cárie dentária e com pelo menos uma intervenção documentada.

Fórmula: número de adolescentes com risco de cárie dentária sem novas cáries dentárias e com pelo menos uma intervenção documentada / número de adolescentes com risco de cárie dentária, X 100

4. ESPAÇO FAROL

Com a sequência apresentada até ao agora chega o momento de definir melhor aquele que deve ser afinal o campo de trabalho onde deverão ser desenvolvidas as atividades.

Já foi referido ao longo deste documento e volta a reforçar-se a ideia neste momento, de que para os adolescentes a confidencialidade é uma condição fundamental, assim o espaço idealizado deverá ser encontrado fora da sede da UCC, ou seja fora do CS. Deve constituir um espaço neutro, que não seja identificado com a saúde mas que proporcione aos adolescentes que o procurarem fácil acessibilidade e conforto. Para este fim existem diversas opções no âmbito da colaboração com os parceiros da rede social que além do espaço deverão também disponibilizar técnicos a colaborar nas atividades deste projeto.

Independentemente da formação que os técnicos que intervenham possam ter, será fundamental a formação específica no atendimento ao adolescente.



BIBLIOGRAFIA

MATOS, Margarida Gaspar de [et al.] (2006) - Aventura social e saúde: saúde e estilos de vida nos jovens portugueses. Relatório do estudo de 1996 da Rede Europeia HBSC/OMS. Lisboa: Ministério da Saúde. Alto Comissariado da Saúde, Coordenação Nacional para a Infeção VIH/SIDA.

Direção Geral de Saúde. (2013). Plano Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa.

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica**, série I, número 3, volume I, 2011

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Guião para a Organização de Projetos de Melhoria Contínua da Qualidade dos Cuidados de Enfermagem** – Programa Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Secção Regional Sul da Ordem dos Enfermeiros. 2013. Disponível em: <http://www.ordemenfermeiros.pt/sites/sul/informacao/Documents/Gui%C3%A3o%20para%20elaborac%C2%B8%C3%A3o%20projetos%20qualidade%20SRS.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS - **Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde**. 2007. Disponível em: http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Documents/RMDE_Indicadores-VFOut2007.pdf

A Saúde dos Adolescentes Portugueses em Tempos de Recessão - Dados nacionais do estudo HBSC 2014 – disponível em: <http://aventurasocial.com/publicacoes.php>

Rocha, Bruno Miguel Parrinha, Martins, Alexandra Isabel Cabrita, Pereira, Maria Manuela Narciso, Santos, Patrícia Isabel Mourão, & Mestre, Ricardo Emanuel Sousa. (2013). Perfil de saúde dos adolescentes de uma cidade no Algarve. *Revista de Enfermagem Referência, serIII(9)*, 85-93. Acedido em 22 de Abril de 2015 e disponível em: <https://dx.doi.org/10.12707/RIII1270>

SPP, disponível em:

http://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos_SPP/Atendimento_Adolescente.pdf

APÊNDICE 5: Eu e a DII - livroazul

livroazul

Eu e a DII

doença inflamatória intestinal

Pediatria
Unidade de Gastroenterologia

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

livroazul

- Este guia destina-se apenas aos adolescentes com doença Inflamatória Intestinal, com seguimento na unidade de gastroenterologia, pediatria , Hospital .
 - As informações que aqui podem ser obtidas estão de acordo com as orientações deste serviço e da ESPGHAN (European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition). Foram também baseadas em guias disponibilizados publicamente online pela associação Inglesa “Crohn’S&COLITIS UK”.
 - Autor: *Enfermeiro Gonçalo Pereira, aluno do Mestrado de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto de Ciências de Saúde da Universidade Católica Portuguesa*
- .
- Ano: 2015
 - 1ª edição

e agora!?

Agora sabes que tens Doença de Crohn (DC) ou Colite Ulcerosa (CU), poderás sentir algum alívio por finalmente saberes porque é que não te tens sentido bem, muito embora e ainda assim a ansiedade e a incerteza sejam naturais. Terás com toda a certeza muitas perguntas acerca da doença e o teu futuro. É importante saberes que a causa da doença não é ainda conhecida, mas os sintomas podem ser controlados com medicação e até dieta especial. Este livro pretende ser apenas um pequeno guia acerca da doença. Estas informações são de carácter generalista e não substituem os conselhos e seguimento pela equipa de saúde.

resumo

- o que é a DII? *e principais sintomas* 3
- o que é a DII? 4
- como é que se trata a DII? 5
- a DII e a alimentação 6
- posso fazer desporto com DII? 7
- a DII e a atividade sexual 8
- a DII e os meus amigos 9
- para o resto da vida? 10
- eu e a equipa de saúde 11
- estamos aqui para te ajudar 12

o que é a DII?

e principais sintomas

- A Doença Inflamatória Intestinal (DII) é uma doença que inclui duas variantes, a Doença de Crohn e a Colite Ulcerosa. Nestas doenças os intestinos estão muito inflamados com feridas (ulcerados).
- Os sintomas mais comuns são dor abdominal, perda de peso, diarreia, muitas vezes com sangue e muco, e cansaço. Algumas pessoas poderão ainda apresentar dor nas articulações, feridas na boca, inflamação dos olhos e também lesões da pele.
- Esta doença é crónica (para a vida) e os sintomas e a gravidade variam de pessoa para pessoa e surgem de forma imprevisível. Muitas pessoas com esta doença, têm períodos de remissão, sem doença, ao longo da vida.

o que é a DII?

- Qual é a diferença entre a Doença de Crohn e a Colite Ulcerosa?
- A Doença de Crohn pode afetar todo o aparelho digestivo, da boca ao ânus. Todas as camadas de revestimento do intestino são afetadas.
- A Colite Ulcerosa afeta o colon (intestino grosso) e reto. Apenas a camada interna de revestimento do intestino é afetada.
- Quantas pessoas têm DII?

Um estudo realizado em 2010¹ em idade pediátrica revelou uma incidência de DII de 6,4/100.000, isto é, em cada 100.000 crianças existem 6,4 com o diagnóstico de DII.

¹ NEIVA F, PINHEIRO L, MARTINHO I et al: Incidência de Doença Inflamatória Intestinal na região Minho – estudo prospetivo e multicêntrico. Abst XXIII Reunião Secção Gastroenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica Sociedade Portuguesa Pediatria 2010;39

como é que se trata a DII?

- Provavelmente o teu médico prescreveu-te medicação como parte do tratamento. Como já foi referido neste guia ainda não se conhece a causa da DII, logo **os medicamentos não servem para curar, mas são eficazes no tratamento dos sintomas.**
- O tratamento da DII depende da porção de intestino afetada e quanto está afetada. A inflamação é normalmente tratada com medicamento denominados anti-inflamatórios. Estes incluem corticoides, imunossuppressores, e medicamentos biológicos. **Todos eles ajudam a reduzir a inflamação e consequentemente a dor.**
- Existem outros medicamentos dos quais vais ou já ouviste falar e que num momento ou outro da doença poderás precisar, tais como antibióticos.

a DII e a alimentação

- Uma alimentação equilibrada é importante para todas as pessoas e certamente vais ter que alterar alguns hábitos.
- No início, após o diagnóstico da Doença de Crohn, poderás ter que fazer apenas **suplementos alimentares durante 6 a 8 semanas**. Estes contribuem para a desinflamação das mucosas do intestino e para a recuperação do teu peso, sem teres que fazer terapêutica com corticoides. Terás que ser forte e fazer um esforço por cumpri-la.
- Não existe nenhum estudo científico que atribua a causa da DII à alimentação, no entanto **algumas pessoas dizem que alguns alimentos lhes agravam os sintomas**.
- Como todas as pessoas são diferentes, talvez valha a pena fazeres um registo do que comes para poderes perceber se existe algum alimento que possa fazer aparecer ou agravar os sintomas. Qualquer alteração que queiras fazer na tua alimentação deve no entanto ser discutida com a equipa de saúde, nomeadamente a dietista.

posso fazer desporto com DII?

- Ter uma doença inflamatória intestinal **não significa que não possas praticar desporto**, embora em períodos de “crise”, em que o intestino está mais inflamado e em que a perda de peso ainda não foi recuperada, não seja aconselhável.
- Para muitas pessoas com DII, poderão existir períodos em que não se sentem tão bem ou demasiado ansiosos pela necessidade de ir com urgência à casa de banho, para poderem participar em atividades desportivas.
- Contudo **há quem consiga gerir a situação e continuar a praticar os seus desportos favoritos, por vezes até a nível profissional**. Se queres praticar algum desporto e estás preocupado se é seguro pede uma opinião à equipa de saúde.

a DII e a atividade sexual

- Os relacionamentos e a atividade sexual podem com frequência ser afetados pela DII. Uma pessoa com DII pode sentir-se preocupada com a sua higiene ou cheiros desagradáveis, pode até sentir-se cansado para qualquer atividade sexual. O parceiro/a pode também ter preocupações acerca da situação. **Se explicares**, os teus receios e dúvidas, ao teu parceiro/a, **evitar-se-ão mal entendidos**.
- Se és mulher e tomas a pílula, é importante lembrares sempre que a DII e em particular a Doença de Crohn, pode reduzir a eficácia da contraceção oral. É importante pensares em métodos alternativos de contraceção. Fala com o teu médico ou enfermeiro/a.
- Se és do sexo masculino, não te esqueças de usar preservativo, para a prevenção de algumas doenças, nomeadamente infeções sexualmente transmissíveis (IST's).
- Lembra-te que **podes conversar com a equipa de saúde** sobre todos os teus problemas.

a DII e os meus amigos

- Perceberás que será útil que a família e amigos mais próximos tenham conhecimento da tua doença. Isso é que te ajudará no que precisares e diminuirá a tua ansiedade acerca dos sintomas e tratamento.
- **Se não conseguires explicar-lhes ou não te sentires confortável para falar acerca da doença com eles, poderás sempre pedir-lhes que leiam acerca da doença.**
- Outra forma de ajudares os outros a compreender sem explicares muitos detalhes será dizeres, por exemplo, “Eu tenho um problema nos intestinos e por vezes tenho de ir à casa de banho com urgência” ou “Tenho uma doença que faz com que por vezes me sinta muito cansado e tenho que abrandar o ritmo”. A maioria das pessoas aceitará este tipo de explicação sem te pedir mais detalhes.

para o resto da vida?

- É normal sentires-te zangado/a com a doença, mais, será frustrante ao longo da vida sentires que finalmente estás bem e de súbito tudo volta a estar mal. É muito importante que consigas aceitar a doença, para que possas ultrapassar as dificuldades com maior facilidade e teres mais qualidade de vida.
- É importante também saberes que as **pessoas com DII também têm sucesso nos seus estudos, carreiras profissionais, casam e têm filhos.**
- Muitas pessoas sentem-se mais seguras e com controlo da sua vida se **aprenderem o máximo que conseguirem acerca da doença** e como geri-la. Existem muitas e boas fontes de informação, o que pretenderes saber depende apenas do teu interesse.

eu e a equipa de saúde

- Quando falares com os profissionais de saúde acerca dos teus sintomas, **é importante que sejas sincero e verdadeiro**, pois isto facilitará o trabalho da equipa em encontrar o melhor tratamento para ti.
- Algumas pessoas sentem **vergonha** de falar acerca do que sentem, até com o seu médico, mas lembra-te que os enfermeiros e os médicos estão habituados a falar acerca de todas as funções do corpo. Quando quiseres descrever os teus sintomas, **usa as palavras com que te sentires mais confortável**, eles já as ouviram todas.
- Lembra-te que a equipa de saúde está à espera que tenhas dúvidas, por isso **não tenhas medo de perguntar** tudo o que quiseres. Se algo não estiver esclarecido pede para explicarem melhor.

estamos aqui para te ajudar

- E agora tens toda uma equipa para te ajudar. Alguns já conhecestes outros irás ainda conhecer mas eles estão aqui para te apresentar soluções, ajudar nas tuas dúvidas e ultrapassar problemas.
 - E quem são?
 - são **médicos, enfermeiros, dietista e psicólogo**
 - Além dos profissionais que te vão acompanhar

terás ainda acesso a outros meios de ajuda
Como linha telefónica ou serviço de apoio
“online”.



tens dúvidas?

não as guardes para ti

- para mais informações
- linha **DII'z**, apoio à doença inflamatória intestinal:
 - Ou
- www://DII'z.blogs.
 - (solicita o teu convite para o blog junto da tua enfermeira)
 - e
 - **EMAIL**

Eu e a DII

Doença Inflamatória Intestinal

UNIVERSIDADE | INSTITUTO DE
CATÓLICA | CIÊNCIAS DA SAÚDE
PORTUGUESA

APÊNDICE 6: O seu filho(a) e a DII – livroverde

livroverde

o seu filho(a) e a DII

doença inflamatória intestinal

Pediatria
Unidade de Gastroenterologia

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

livroverde

- Este guia destina-se apenas aos pais dos adolescentes portadores com Doença Inflamatória Intestinal, com seguimento na unidade de gastroenterologia, pediatria 9, Hospital de Santa Maria do Centro Hospitalar Lisboa Norte.
- As informações que aqui podem ser obtidas estão de acordo com as orientações deste serviço e da ESPGHAN (European Society for Paediatric Gastroenterology Hepatology and Nutrition). Foram também baseadas em guias disponibilizados publicamente online pela associação Inglesa “CROHN’S&COLITIS UK”.
- Autor: *Enfermeiro Gonçalo Pereira, aluno do Mestrado de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto de Ciências de Saúde da Universidade Católica Portuguesa*
 - Supervisão e colaboração:
 - Ano: 2015
 - 1ª edição

e agora!

Se foi diagnosticada a Doença de Crohn (DC) ou Colite Ulcerosa (CU), ao seu filho(a) poderá sentir algum alívio por finalmente saber porque é que ele não se tem sentido bem, muito embora a ansiedade e a incerteza sejam naturais. Terá com toda a certeza muitas perguntas acerca da doença e do seu futuro. É importante saber que a causa da doença não é ainda conhecida, mas pode ser controlada com medicação. Este pequeno livro pretende ser apenas um pequeno guia acerca da doença. As informações aqui contidas são de carácter generalista e não substituem os conselhos e seguimento pela equipa de saúde.

resumo

- o que é a DII? *principais sintomas* 3
- o que é a DII? *variantes* 4
- como é que se trata a DII? 5
- estamos aqui para ajudar 7
- você e a equipa de saúde 8
- como posso ajudar o meu filho(a) a compreender 9
- a DII e a alimentação *como interfere* 10
- a DII e a alimentação *sugestões* 11
- como pode saber se o seu filho(a) está a ter uma recaída? 12
- a DII e os amigos 13
- a DII e a escola 14
- o seu filho(a) pode fazer desporto? 15
- para o resto da vida? 16

o que é a DII? e principais sintomas

- A doença inflamatória intestinal (DII) é o nome dado a um conjunto de doenças, das quais as mais comuns são a Doença de Crohn e a Colite Ulcerosa. **Não é uma doença de natureza infecciosa ou contagiosa, não se “apanha” DII.**
- Os sintomas mais comuns são a dor abdominal, perda de peso, diarreia (por vezes com sangue e muco) e cansaço. Algumas pessoas poderão ainda apresentar problemas articulares, lesões da boca, dos olhos ou pele.
- Esta doença é crónica (para a vida) e os sintomas e a gravidade variam de pessoa para pessoa e podem surgir de forma imprevisível. Muitas pessoas com doença inflamatória intestinal, têm longos períodos de remissão ao longo da vida.

o que é a DII?

variantes

- **Qual é a diferença entre a Doença de Crohn e a Colite Ulcerosa?**

A Doença de Crohn pode afetar qualquer parte do aparelho digestivo, desde a boca ao ânus e todas as camadas de revestimento do intestino podem estar afetadas.

A Colite Ulcerosa afeta o colon (intestino grosso) e reto. Apenas a camada interna de revestimento do intestino é afetada.

- **Quantas pessoas têm DII?**

Um estudo realizado em 2010¹ em idade pediátrica revelou uma incidência de DII de 6,4/100.000, isto é, em cada 100.000 crianças existem 6,4 com o diagnóstico de DII.

- **Nada que tenha feito é a causa da doença do seu filho(a)!**

¹ NEIVA F, PINHEIRO L, MARTINHO I et al: Incidência de Doença Inflamatória Intestinal na região Minho – estudo prospetivo e multicêntrico. Abst XXIII Reunião Secção Gastreenterologia, Hepatologia e Nutrição Pediátrica Sociedade Portuguesa Pediatria 2010;39

como é que se trata a DII

- Se foi diagnosticada DII ao seu filho(a) provavelmente o médico prescreveu-lhe medicação como parte do tratamento. Como já foi referido neste guia ainda não se conhece a causa da DII; **os medicamentos não servem para curar, mas são eficazes no tratamento da doença.**
- O tratamento da DII depende da gravidade da doença e a terapêutica é feita por etapas, podendo ir desde a dieta exclusiva com suplementos dietéticos, corticoides, imunossuppressores, até medicamentos biológicos.
- Em fase aguda da doença poderá também necessitar de terapêutica antibiótica.

como é que se trata a DII

- Na Doença de Crohn e numa **fase inicial**, o tratamento pode passar por uma **dieta exclusiva de suplementos nutricionais** durante 6 a 8 semanas, tardando assim a corticoterapia.
- Na Colite Ulcerosa, a dieta não é tão eficaz, pelo que se recorre à terapêutica convencional.
- Consoante a gravidade da doença e da porção de intestino afetada, pode haver indicação cirúrgica.

estamos aqui para ajudar

- Tem toda uma equipa para o(a) ajudar a si e ao seu filho(a). Alguns já conheceu, outros irá ainda conhecer, mas estarão todos aqui para o(a) ajudar.
 - E quem são?
 - são **médicos, enfermeiros, dietista e psicólogo**
- Além dos profissionais que o(a) irão acompanhar terá ainda acesso a linha telefónica e serviço de apoio “online”.



você e a equipa de saúde

- Procure recordar todos os sintomas apresentados pelo seu filho(a), é importante que os transmita.
- Não se sinta **envergonhado(a)** de falar acerca de todas as queixas, lembre-se que os enfermeiros e os médicos estão habituados a abordar todas as questões relacionadas com o corpo humano.
- **Não tenha receio de perguntar** tudo o que quiser saber. Se não estiver esclarecido peça para explicarem melhor.

como posso ajudar o meu filho(a) a compreender?

- Dê ao seu filho(a) todas as informações que ache que ele consegue entender e responda a quaisquer questões que ele(a) lhe faça respondendo com sinceridade. Não esqueça que a DII é uma doença para a vida.
- As fezes com sangue podem causar muito desconforto e até assusta-lo. Conforte-o e assegure-lhe que irá melhorar.
- É importante mostrar ao seu filho(a) formas de lidar com a doença e de acordo com a idade, torná-lo(a) responsável pela sua medicação.

Não esqueça que não estará as 24h do dia ao seu lado.

a DII e a alimentação como interfere

- Uma alimentação equilibrada é importante para todas as pessoas.
- Não existe nenhum estudo científico que atribua a causa da DII à alimentação, no entanto **alguns alimentos podem causar desconforto abdominal, dor ou diarreia.**
- Como todas as pessoas são diferentes, poderá fazer um registo do que o seu filho(a) ingere para o ajudar a perceber se existe algum alimento que possa fazer aparecer ou agravar a sintomatologia.
- Qualquer alteração na alimentação do seu filho(a), deve ser discutida com a equipa de saúde, nomeadamente a dietista.

a DII e a alimentação

sugestões

- Durante uma recaída poderá não ter apetite ou sentir que depois de comer se sente pior e por isso recusar a alimentação.
- A falta de apetite pode ser preocupante e frustrante para si, por isso deixamos algumas sugestões:
 - mantenha a calma e evite insistir para que o seu filho(a) coma a refeição completa. Lembre-se que é a doença que o faz sentir assim e não os seus cozinhados.
 - tente dividir as refeições ao longo do dia, isto é, comer menos de cada vez mas mais vezes.
 - ou substituí-la por um suplemento nutricional.

como pode saber se o seu filho(a) está a ter uma recaída?

- Os sintomas numa recaída podem ser diferentes daqueles que o seu filho(a) revelou quando lhe foi diagnosticada a doença.
- Se ele/a apresenta dor abdominal persistente, febre, vómitos, diarreia, sangue nas fezes, perda de peso, mau estado geral ou se sente alguma preocupação, deve consultar a equipa de saúde.
- As recaídas não se podem prevenir mas a medicação tem que ser tomada.
- Em épocas de maior stress, tal como em época de exames, tente apoiá-lo(a) e acalmá-lo.

a DII e os amigos

- Perceberá que será útil que a família e amigos mais próximos tenham conhecimento da doença, isto pode ajudá-lo(a) a enfrentar situações do dia-a-dia, como uma festa de aniversário. É importante que o seu filho aceite que outros possam saber.
- As reações negativas à notícia de se ter uma doença, são naturais e resultam do medo e desconhecimento do futuro.

A DII e a escola

- A escola é uma parte importante da vida do seu filho(a), e embora ele(a) possa vir a faltar algumas vezes, a maior parte do tempo frequentará a aulas normalmente.
 - O seu filho(a) poderá tentar usar a doença para faltar às aulas. Esteja atento(a) e tente perceber se as queixas são reais.
- Procure saber o que o professor sabe acerca da doença e tente explicar o que for necessário. Pode ainda solicitar à equipa de saúde informações que sejam necessárias.
- Outra questão importante é **se o seu filho quer que os colegas saibam acerca da sua doença**. Deixe-o fazer como e quando ele achar melhor.

o seu filho(a) pode fazer desporto?

- Ter uma doença inflamatória intestinal **não significa que não possa praticar desporto**, embora para algumas pessoas a perda de peso bem como a fadiga causada pela doença, possa ser um problema. Inicialmente pode até ter de inibir transitoriamente a atividade desportiva.
- Para muitas pessoas com DII, poderão existir períodos em que não se sentem tão bem ou demasiado ansiosos pela necessidade de ir com urgência à casa de banho, para poderem participar em atividades desportivas.
- Contudo **há quem consiga gerir a situação e continuar a praticar os seus desportos favoritos, por vezes até de nível profissional**. Se o seu filho(a) quer praticar algum desporto e está preocupado se é seguro, peça opinião à equipa de saúde.

para o resto da vida?

- Poderá levar algum tempo até aceitar o facto de que os seu filho(a) tem uma doença crónica e que terá que tomar medicação por um longo período de tempo ou talvez para sempre. É normal que assim seja. Terá que se esforçar por aceitar a situação para o poder ajudar.
- É útil dar-lhe segurança e **aprender o máximo que conseguir acerca da doença** e como geri-la. Será mais fácil ajudá-lo. Existem muitas fontes de informação e informar-se, depende de si. A equipa de saúde está aqui para o ajudar.
- As **pessoas com DII também podem ter sucesso nos seus estudos e carreiras profissionais.**

tem dúvidas?

- para mais informações
- linha **DII'z**, apoio à doença inflamatória intestinal:
 - Ou
(solicite o seu convite para o blog junto da enfermeira)
- www://DII'z.blogs.
 - e
 - **EMAIL**

O seu filho e a DII

Doença Inflamatória Intestinal

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

APÊNDICE 7: blog “dii’z”

blog Dii'z

Este blog é da responsabilidade da unidade de gastroenterologia do serviço de pediatria do Hospital de e pretende informar e esclarecer dúvidas aos adolescentes portadores de doença inflamatória intestinal.

estamos aqui para te ajudar

E agora tens toda uma equipa para te ajudar. Alguns já conhecestes outros irás ainda conhecer mas eles estão aqui para te apresentar soluções, ajudar nas tuas dúvidas e ultrap...

[Abrir post](#)

[comentar](#) [☆ favorito](#)

eu e a equipa de saúde

Quando falares com os profissionais de saúde acerca dos teus sintomas, é importante que sejas sincero e verdadeiro, pois isto facilitará o trabalho da equipa em encontrar o m...

[Abrir post](#)

[comentar](#) [☆ favorito](#)

para o resto da vida?

É normal sentires-te zangado/a com a doença, mais, será frustrante ao longo da vida sentires que finalmente estás bem e de súbito tudo volta a estar mal. É muito importante q...

[Abrir post](#)

[comentar](#) [☆ favorito](#)

a DII e os meus amigos

Perceberás que será útil que a família e amigos mais próximos tenham conhecimento da tua doença. Isso é que te ajudará no que precisares e diminuirá a tua ansiedade acerca do...

[Abrir post](#)

[comentar](#) [☆ favorito](#)

a DII e a atividade sexual

Os relacionamentos e a atividade sexual podem com frequência ser afetados pela DII. Uma pessoa com DII pode sentir-se preocupada com a sua higiene ou cheiros desagradáveis, p...

[Abrir post](#)

[comentar](#) [☆ favorito](#)

posso fazer desporto com DII?

Ter uma doença inflamatória intestinal não significa que não possas praticar desporto, embora em períodos de "crise", em que o intestino está mais inflamado e em que a perda ...

[Abrir post](#)

[comentar](#) [☆ favorito](#)

a DII e a alimentação

como é que se trata a DII?

SEGUIR



MENSAGENS



Enviar

POSTS RECENTES

[estamos aqui para te ajud...](#)
[eu e a equipa de saúde para o resto da vida?](#)
[a DII e os meus amigos](#)
[a DII e a atividade sexua...](#)
[posso fazer desporto com ...](#)
[a DII e a alimentação como é que se trata a DII...](#)
[o que é a DII?](#)
[o que é a DII? e principa...](#)

ARQUIVO

2015

J F M A M J J A S O N D

APÊNDICE 8: formação em serviço - “criança e jovens vítimas de violência”

PLANO DE SESSÃO

PEDIATRIA

formação: crianças e jovens vítimas de violência	Módulo 1	Sessão nº 1	Duração: 20 minutos
Destinatários: enfermeiros	Pré-Requisitos: os formandos deverão ser enfermeiros		
Tema: definição e enquadramento dos maus tratos a crianças e jovens	Data: 22 de outubro de 2015		
Formador: Gonçalo Pereira	Materiais e equipamentos: computador		

Objetivo Geral: No final da sessão os formandos deverão saber formas e sinais e sintomas de maus tratos a crianças e jovens

- **Objetivos Específicos:** - Sensibilizar e motivar os profissionais de saúde sobre o seu papel na prevenção e intervenção nos maus tratos; - Clarificar e uniformizar os conceitos básicos mais importantes sobre os maus tratos (definição, tipologia, sinais)

	Conteúdos	Métodos/ técnicas	Materiais Pedagógicos	Avaliação	Tempo
Introdução	Enquadramento legal do dever dos enfermeiros na salvaguarda dos direitos da criança.	Expositivo (com recurso a PowerPoint) Interrogativo (perguntas abertas)	Diapositivos	Avaliação diagnóstica (perguntas abertas e teste escrito com questões de escolha múltipla)	2 min
Desenvolvimento	Definição de maus tratos, necessidades fundamentais para o desenvolvimento saudável da criança ou jovem, formas de mau trato, maus tratos institucionais, consequências da experiência de vitimação por maus tratos, erros a não cometer perante suspeita de maus tratos.	Expositivo (com recurso a PowerPoint) Interrogativo (perguntas fechadas) Demonstrativo	Diapositivos	Avaliação Formativa (perguntas fechadas)	8 min

PLANO DE SESSÃO

		(formador demonstra de situação com formandos)			
Conclusão	Síntese, perguntas e dúvidas	Interrogativo (perguntas fechadas) Esclarecimento de dúvidas		Somativa (perguntas abertas e teste escrito com questões de escolha múltipla)	10min

crianças e jovens vítimas de violência

Pediatria
Unidade de Gastroenterologia

objetivos

- Sensibilizar e motivar os profissionais de saúde sobre o seu papel na prevenção e intervenção nos maus tratos;
- Clarificar e uniformizar os conceitos básicos mais importantes sobre os maus tratos (definição, tipologia, sinais)

nosso dever!

- Estatuto da Ordem dos Enfermeiros, Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro, afirma no seu artigo 81.º, alínea b, que “O ENFERMEIRO no seu exercício observa os valores humanos pelos quais se regem o indivíduo e os grupos em que este se integra e assume o dever de: ...salvaguardar os direitos da criança, protegendo-as de qualquer forma de abuso”.

o que está em causa?

- Os maus tratos a uma criança implicam que os direitos básicos da criança estão a ser violados e as suas necessidades mais fundamentais não estão a ser satisfeitas, não garantindo, por este meio, o crescimento e desenvolvimento pleno e integral de todas as suas competências físicas, cognitivas, psicológicas e sócio emocionais.
- *Os maus tratos às crianças podem definir-se como qualquer ação ou omissão não acidental perpetrada pelos pais, cuidadores ou outrem que ameace a segurança, dignidade e desenvolvimento biopsicossocial e afetivo da vítima.* (APAV, 2011)

o que está em causa?

necessidades fundamentais para o desenvolvimento saudável da criança ou jovem

1/2

saúde física e mental

- Vigilância de saúde
- Alimentação
- Sono
- Higiene
- Vestuário
- Exercício
- Proteção contra riscos
- Aconselhamento e informação sobre educação sexual e substancia aditivas

educação e desenvolvimento cognitivo

- Oportunidades para a criança ou jovem brincar e interagir com outras crianças e jovens
- Acesso a livros e matérias estimulantes para o desenvolvimento de funções cognitivas
- Desenvolvimento e estimulação de competências e interesses
- Investimento no sucesso escolar

o que está em causa?

necessidades fundamentais para o desenvolvimento saudável da criança ou jovem

2/2

desenvolvimento emocional e comportamental

- Vinculação afetiva e segura da criança ou jovem em relação aos pais, família alargada e outros
- Relação estável e afetiva com pessoas significativas
- Segurança e expressão emocional
- Capacidade de regular e identificar emoções autonomamente
- Capacidade de se colocar posição do outro e competências de empatia
- Capacidade de autocontrolo
- Capacidade para responder eficazmente a situações adversas

identidade

- Autoestima positiva
- Autoimagem da criança ou jovem como ser individual e valorizado pelos outros
- Sentimento de pertença e aceitação por parte da família, grupo de pares, comunidade e sociedade em geral

capacidade de autonomia

- Aquisição por parte da criança e jovem de competências práticas, emocionais e comunicativas que contribuem para a sua independência gradual

formas de mau trato

Maus tratos ativos

- Maus tratos psicológicos e emocionais
- Maus tratos físicos
- Síndrome de Münchausen por procuração
- Violência sexual

Maus tratos passivos

- Negligência psicológica e emocional
- Negligência física

Outras formas de mau trato

- Tráfico de crianças e jovens para fins de exploração por trabalho
- Trabalho infantil
- Mendicidade
- Abandono

(APAV, 2011)

maus tratos institucionais!

- “Qualquer legislação, procedimento, intervenção ou omissão procedente dos poderes públicos ou derivada da intervenção institucional e/ou individual dos profissionais que comporte abuso e/ou negligência, com consequências negativas para a saúde, segurança, estado emocional, bem-estar físico, desenvolvimento equilibrado da criança ou que viole os seus direitos básicos.”

(COMISSÃO NACIONAL DE PROTECÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO (CNPICJR), 2010)

maus tratos institucionais!

1/2

- Podem considerar-se **maus tratos institucionais** no domínio da saúde, as seguintes situações:
- A arquitetura hospitalar: quando as crianças não dispõem de locais de recreio para brincar, de espaço para receber a família, quando são incluídas em espaços de adultos, etc.
- Multiplicidade desnecessária de testes e análises.
- Limitação do horário de visitas dos pais/cuidadores.
- Descoordenação entre os diferentes serviços, originando, por exemplo, absentismo escolar, etc.

(COMISSÃO NACIONAL DE PROTECÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO (CNPJCR), 2010)

maus tratos institucionais! 2/2

- Estadia prolongada em estabelecimentos hospitalares por atrasos em exames de diagnóstico, falta de decisão relativamente aos recursos de proteção, etc.
- Inexistência de informação ou comunicação adequada através de palavras/ termos técnicos incompreensíveis e em locais inadequados.
- Internamento inadequado por pressão familiar ou insegurança do profissional.
- Ausência dos pais, fundamentalmente da mãe, em todos os períodos de desenvolvimento, em especial na fase neonatal.
- Priorização de funcionamentos rígidos em detrimento das necessidades da criança.
- Utilização reiterada de exames radiológicos sem justificação ou sem a proteção adequada.

(COMISSÃO NACIONAL DE PROTECÇÃO DE CRIANÇAS E JOVENS EM RISCO (CNPICJR), 2010)

consequências da experiência de vitimação por maus tratos

FÍSICAS	PSICOLÓGICAS, EMOCIONAIS E COMPORTAMENTAIS	RELACIONAIS E SOCIAIS
<ul style="list-style-type: none"> - Morte - Traumatismo craniano - Lesões cerebrais e défices neurológicos - Atrasos no desenvolvimento <ul style="list-style-type: none"> - Alterações no funcionamento cerebral e nas funções cognitivas superiores: emoções; atenção; concentração; memória; linguagem; aprendizagem - Fracturas dos membros - Lesões cutâneas <ul style="list-style-type: none"> - Equimoses e/ou hematomas na face, nos membros superiores e inferiores, nas unhas e nas nádegas - Alopecia (perda de cabelo em determinadas áreas por arrancamento) - Queimaduras <ul style="list-style-type: none"> - Mordeduras - Ferimentos - Perda de capacidades motoras <ul style="list-style-type: none"> - Hemiplegia (perda de mobilidade numa parte do corpo) - Paralisia cerebral - Perda de capacidades sensoriais: visão; audição - Perda de controlo dos esfíncteres <ul style="list-style-type: none"> - Enurese (perda involuntária e repetida de urina) - Encoprese (defecação repetida e involuntária) - Atraso no crescimento ponderal (peso) e estatural (altura) - Problemas de sono <ul style="list-style-type: none"> - Insónias - Dificuldades em iniciar o sono - Pesadelos - Problemas alimentares: anorexia; bulimia - Queixas psicossomáticas/sintomas de mal-estar sem razão médica aparente <ul style="list-style-type: none"> - Cefaleias - Dores musculares - Dores abdominais - Aumento de risco de doenças crónicas na vida adulta <ul style="list-style-type: none"> - Problemas cardíacos - Cancro - Doenças pulmonares - Obesidade - Colesterol 	<ul style="list-style-type: none"> - Baixa auto-estima - Baixa percepção de auto-eficácia - Expectativas pessoais e profissionais negativas ou reduzidas - Insegurança - Apatia e tristeza - Depressão - Ideação suicida e/ou tentativas de suicídio - Comportamentos auto-destrutivos - Auto-agressão - Auto-mutilação por cortes e queimaduras - Ansiedade - Perturbações de pânico - Perturbação de <i>stress</i> pós-traumático - Pensamentos recorrentes e intrusivos sobre o acontecimento - Comportamentos de evitamento de situações que relembrem o acontecimento - Sintomas de activação aumentada - Perturbações cognitivas <ul style="list-style-type: none"> - Hiperactividade - Défice de atenção - Perturbações de personalidade <ul style="list-style-type: none"> - <i>Borderline</i> (estado-limite) - Traços de anti-socialidade - Comportamento agressivo e violento - Envolvimento em condutas anti-sociais e, mesmo, delinquentes <ul style="list-style-type: none"> - Desrespeito e violação dos direitos dos outros - Violação das normas sociais - Recurso à mentira - Fugas da escola e/ou de casa - Comissão de delitos e envolvimento em problemas legais (ex: furtos; roubos; vandalismo; porte de armas; lutas) - Envolvimento na actividade criminal na vida adulta - Envolvimento em comportamentos de risco para a saúde <ul style="list-style-type: none"> - Intoxicação/abuso de álcool e/ou drogas - Envolvimento precoce com múltiplos parceiros e risco de IST e/ou de gravidez na adolescência 	<ul style="list-style-type: none"> - Empobrecimento dos relacionamentos interpessoais - Dificuldades no estabelecimento de relações afectivas positivas, duradouras e estáveis - Padrão de desconfiança em relação aos outros - Problemas de vinculação em relação aos outros <ul style="list-style-type: none"> - Medo e fobia social - Evitamento e isolamento social, principalmente com pares <ul style="list-style-type: none"> - Rejeição pelos pares - Vitimação pelos pares - Vitimação e perpetração de violência nas futuras relações interpessoais <ul style="list-style-type: none"> - Com cônjuges - Com descendentes - Desinteresse por actividades anteriormente apreciadas, assim como por actividades novas que lhe são apresentadas - Dificuldades escolares <ul style="list-style-type: none"> - Redução no rendimento escolar <ul style="list-style-type: none"> > Descida das notas - Insucesso escolar <ul style="list-style-type: none"> > Negativas > Retenções - Absentismo escolar <ul style="list-style-type: none"> > Falta injustificada às aulas - Abandono escolar precoce

erros a não cometer

ERROS A NÃO COMETER PELO PROFISSIONAL NO PROCESSO DE APOIO A CRIANÇAS E JOVENS VÍTIMAS DE VIOLÊNCIA

- Não acreditar no relato da criança ou jovem porque "*não tem ar de vítima*" ou por outras crenças pessoais do profissional relativas ao fenómeno da violência.
- Transmitir à criança ou jovem que revela a sua experiência pessoal de vitimação que não acredita no que está a ouvir (é preciso não esquecer que o comportamento não verbal do profissional também é um mecanismo de transmissão de comunicação e informação).
- Acreditar piamente nas palavras da criança ou jovem.
- Agir isoladamente.
- Actuar apressadamente e de forma não ponderada perante uma situação de violência detectada.
- Recusar envolver-se no processo.
- Não actuar perante uma situação de violência detectada ou actuar de forma não atempada (ex: deixar o exame clínico para o dia seguinte porque os factos são antigos; comunicar a situação à Comissão de Protecção de Crianças e Jovens em Risco no dia seguinte porque o caso não parece ser especialmente grave).
- Considerar que é demasiado tarde para intervir na situação de violência detectada.
- Estimar que a actuação não trará especiais benefícios para a criança ou jovem e/ou que será prejudicial e penosa.
- Actuar apenas perante casos em que a violência concretizada é física e/ou sexual.
- Sobrevalorizar a importância das lesões físicas como sinal único e inequívoco para a detecção de situações de violência.
- Sub-estimar a relevância da realização de exames médico-legais pela ausência de lesões físicas directamente observáveis.
- Desvalorizar o impacto psicológico da experiência de violência.
- Desvalorizar a eficácia dos procedimentos habitualmente adoptados para detecção de situações de violência (ex: as tecnologias mais recentes como os testes de ADN retiram espaço às formas convencionais de diagnóstico).

(APAV, 2010)

conclusão

Os maus tratos em idade pediátrica são uma realidade à qual os enfermeiros têm de estar particularmente atentos dada a natureza do contacto proporcionado pela profissão.

O conceito de maus tratos está definido bem como os sinais e sintomas aos quais é preciso estar atento.

É preciso não esquecer que as formas de maus tratos podem incluir situações e procedimentos da prática das instituições de saúde.

O profissional que suspeita de situação de maus tratos deve partilhar as suspeitas com outros profissionais, o mais cedo possível para em conjunto se encontrar a intervenção necessário e que cause o menor dano possível à criança/jovem e família.

obrigado

*Enfermeiro Gonçalo Pereira, aluno do Mestrado de Saúde Infantil e Pediátrica do Instituto de Ciências de Saúde da
Universidade Católica Portuguesa*

Referencias bibliográficas: APAV (2011). Manual Crianças e Jovens Vítima de Violência: compreender, intervir e prevenir. Lisboa. Associação Portuguesa de Apoio à Vítima.; CNPCJR (2010). Guia de Orientações para os Profissionais da Saúde na Abordagem de Situações de Maus Tratos ou Outras Situações de Perigo. Lisboa. Comissão de Proteção de Criança e Jovens em Risco.; Lei n.º 111/2009, de 16 de Setembro. Diário da República nº180/2009 – I Série. Lisboa;

crianças e jovens
vítimas de violência

Pediatria

Unidade de Gastroenterologia

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

APÊNDICE 9: cartaz “e agora?”

“... a sensação de a ter à minha beira não há

“... é uma sensação muito boa”

“... foi um momento bastante difícil. Fiquei mais preocupada com os meus pais do que com a gravidez”

“... quando descobri fiquei muito feliz porque já estava a tentar engravidar há três meses”

“... eu dormia como uma pedra [...], o principal medo era de adormecer e não acordar, mas nunca aconteceu”

“... fiquei com algumas estrias mas não me preocupo”

“Nos primeiros dias, ele abriu a boquinha para mamar... Então, eu tocava nele de um jeito diferente de quem cuidava dele para ele saber que era eu. Ele sabe que sou eu só com o toque da minha mão...”

“... é muito importante o meu filho, porque está ali parte de mim”

SOU MÃE

adolescente

“prende um bocadinho a pessoa, mas já sabia disso, mas às vezes torna-se um pouco complicado. Às vezes chego a casa e digo, dorme por favor”

e agora?

“... a melhor coisa que me podia ter acontecido foi ter sido mãe”

“... fiquei a observar a ver como as pessoas faziam lá na enfermaria e fazia o mesmo”

“... eu já desconfiava desde o início, mas tentava negar a mim própria.”

“... eu sempre quis e achava piada a um bebé. E sempre achei piada a ser mãe nova. Porque os filhos estão mais tempo com os pais”

“... a experiência de ser mãe é espetacular. Sei lá, tanta coisa boa, só de sentirmos a palavra mãe numa criança [...] a primeira vez que a minha filha me chamou mãe fiquei toda arrepiada. A palavra mãe é muito bonita”

“... tinha sempre dúvidas de saber o que fazer quando ele chorava ou quando estava doente”

“... sinto-me muito bem em ser mãe”

“... estava muito ansiosa por o ver, ouvia as mulheres a berrar e eu ficava cheia de medo. Foi bom quando o vi pela primeira vez, fiquei mais calma”

“... quis ser mãe nova para que o meu filho quando for grande, tenha uma mãe jovem”

“... depois de ele nascer, meu Deus não há explicação, foi espetacular [...] foi a alegria do lar”

APÊNDICE 10: formação em serviço – “maternidade na adolescência,
intervenções de enfermagem”

PLANO DE SESSÃO

PEDIATRIA

formação: maternidade na adolescência

Módulo 1

Sessão nº 1

Duração: 30 minutos

Destinatários: enfermeiros/as

Pré-Requisitos: os formandos deverão ser enfermeiros/as

Tema: gravidez na adolescência, suas particularidades e papel dos/as enfermeiros/as

Data: 6 de novembro de 2015

Formador: Gonçalo Pereira

Materiais e equipamentos: computador

Objetivo Geral: No final da sessão os formandos deverão saber reconhecer as especificidades da maternidade na adolescência e estratégias de intervenção

Objetivos Específicos: sensibilizar os enfermeiros/as para as particularidades e complexidades da maternidade na adolescência; sensibilizar e motivar os enfermeiros/as sobre o seu papel na intervenção em mães adolescentes

	Conteúdos	Métodos/ técnicas	Materiais Pedagógicos	Avaliação	Tempo
Introdução	As mães adolescentes, a procura de autonomia, a busca de identidade e adaptação às mudanças físicas, cognitivas e sociais.	Expositivo (com recurso a PowerPoint) Interrogativo (perguntas abertas)	Diapositivos	Avaliação diagnóstica (perguntas abertas e teste escrito com questões de escolha múltipla)	4 min
Desenvolvimento	Os fatores predisponentes para a gravidez; as consequências físicas, psicológicas e sociais; os fatores protetores; as transições: desenvolvimental, situacional e saúde/doença; fatores que influenciam as transições e indicadores de transições saudáveis; as competências de apreciação da mãe adolescente segundo o modelo teórico das transições; estratégias de intervenção; questões práticas a atentar numa	Expositivo (com recurso a PowerPoint) Interrogativo (perguntas fechadas) Demonstrativo	Diapositivos	Avaliação Formativa (perguntas fechadas)	16 min

PLANO DE SESSÃO

	mãe adolescente; especificidades da adolescente a ter em conta.	(formador demonstra de situação com formandos)			
Conclusão	Síntese, perguntas e dúvidas	Interrogativo (perguntas fechadas) Esclarecimento de dúvidas		Somativa (perguntas abertas e teste escrito com questões de escolha múltipla)	10min

maternidade na

Adoles cência



intervenções de enfermagem

objetivos

- sensibilizar os enfermeiros/as para as particularidades e complexidades da maternidade na adolescência
- sensibilizar e motivar os enfermeiros/as sobre o seu papel na intervenção em mães adolescentes

índice

- adolecer e mãe
- a gravidez
- transições
- papel do enfermeiro
- como intervir numa mãe adolescente



adolescer e mãe

- iguais às “outras mães?...”
 - ...no desenvolvimento?
 - ...nas necessidades?
 - ...nos projeto de vida?
 - ...no suporte social?

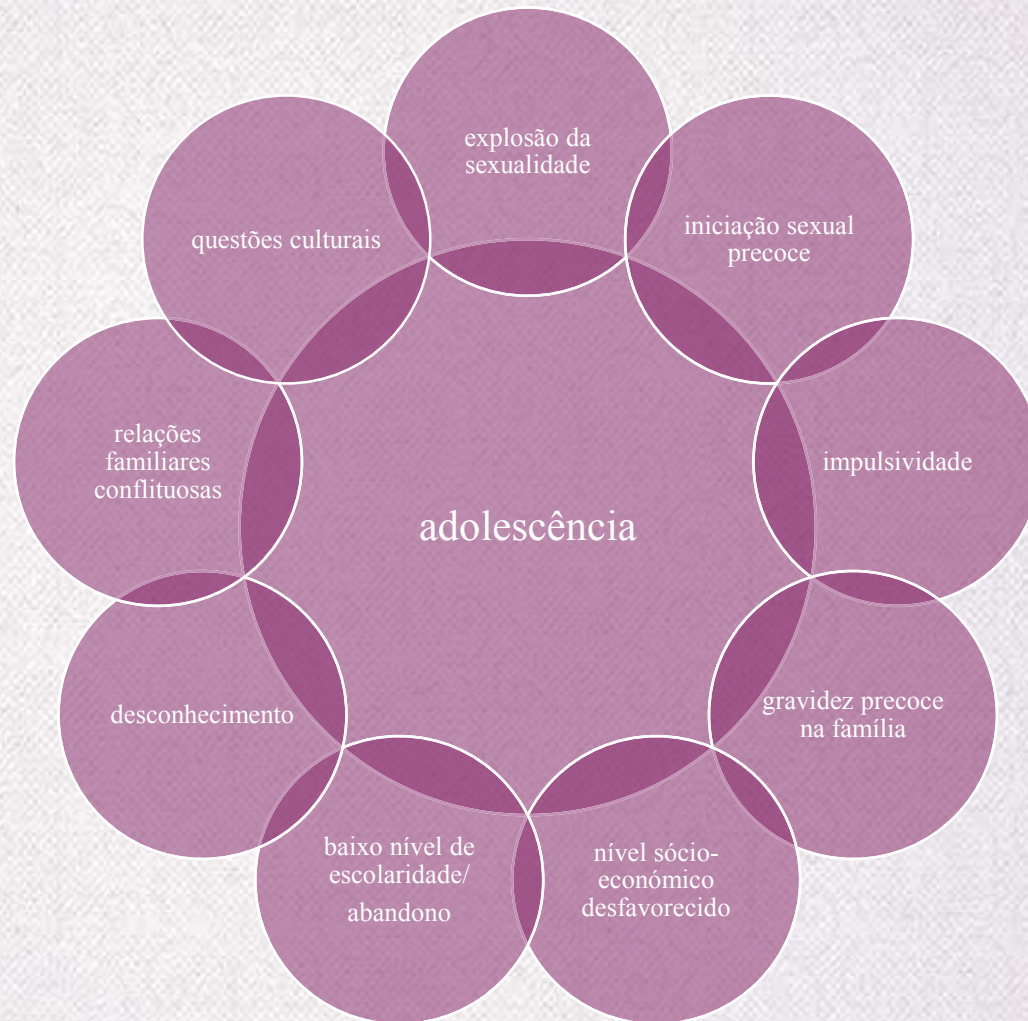
procura de
autonomia

adaptação às
mudanças físicas,
cognitivas sociais

busca de
identidade

a gravidez

- fatores predisponentes



a gravidez

- consequências

físicas

alteração da imagem corporal

baixa de autoestima

psicológicas

elevadas taxas de depressão pós-parto

Sociais

estigmatização social

abandono escolar precoce

carências financeiras

precariedade laboral

a gravidez

- fatores protetores

o facto de a mãe continuar a estudar, aumenta as suas oportunidades de emprego e possibilita um nível socioeconómico mais favorável

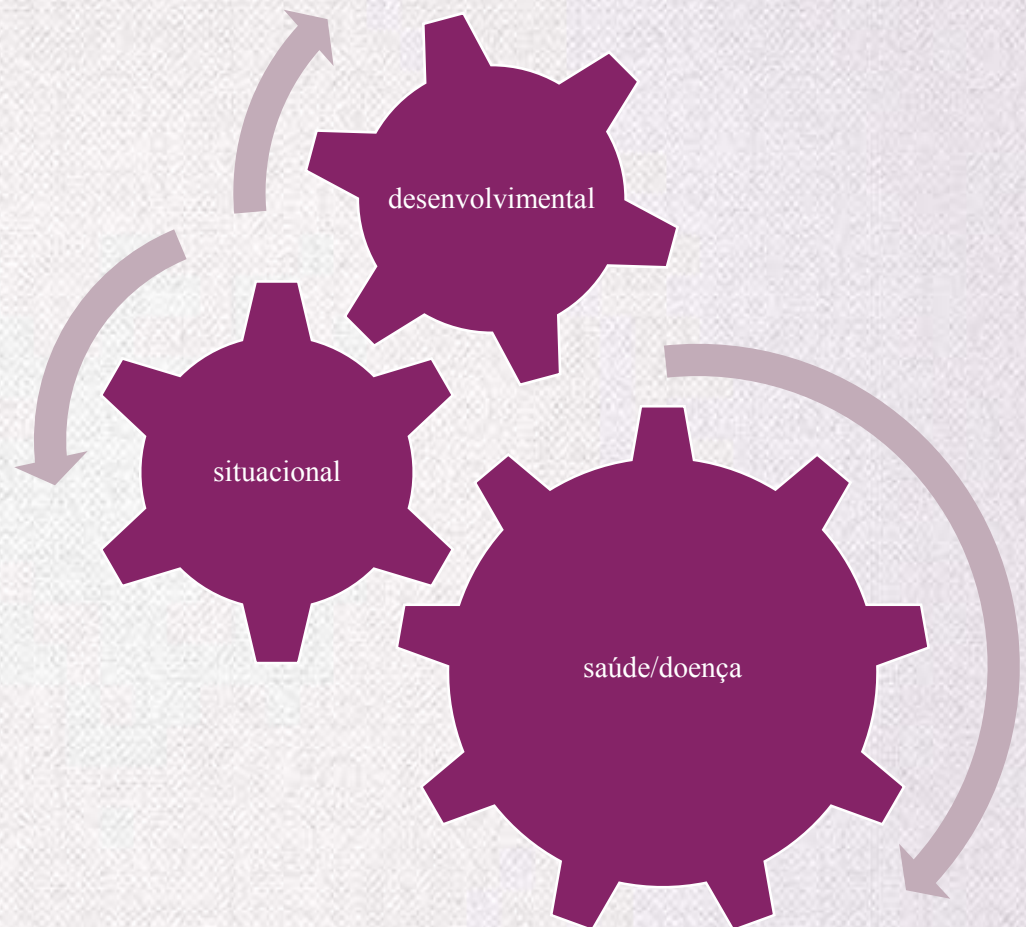
a presença de um número reduzido de filhos

o casamento, antes ou depois do nascimento do bebé, aumenta as oportunidades económicas e o suporte emocional e social da mãe.

(Figueiredo 2001)

adolescer e mãe

- transições
- as mães adolescentes enfrentam uma **dupla transição**: a transição para a **adolescência** e a transição para a **maternidade**.
- Como resultado de uma **transição desenvolvimental assincrónica**, estas adolescentes encontram-se expostas a maior stress que **pode ser nocivo** para o seu bem estar e para o **bem estar da criança**.



Soares, Marques, Martins et al. (2001)

transições

- fatores que influenciam as transições
- indicadores de transições saudáveis

significado

expetativa

nível de conhecimento

ambiente

nível de planejamento

bem-estar emocional e físico

bem-estar subjetivo

domínio/mestria de papel

bem-estar das relações

papel do enfermeiro

- competências de apreciação da mãe adolescente segundo o modelo da transições de Afaf Meleis

“A missão da enfermagem, consiste em facilitar o processo de transição, ajudando as pessoas a alcançarem transições saudáveis ao longo do seu ciclo vital” (Meleis, 2007).

a análise da situação permite orientar o planejamento da intervenção

é fundamental identificar as necessidades da mãe adolescente, nas várias transições que atravessa

é preciso conhecer significados, expectativas, conhecimentos, preparação e bem estar físico e emocional

avaliar as condições pessoais, sociais e comunitárias que podem ajudar a mãe adolescente a fazer as suas transições

papel do enfermeiro

- estratégias de intervenção

visita domiciliária

sessões formativas individuais e em grupo

guias antecipatórios e informação escrita

livros, os meios audiovisuais

diálogo interativo pais-enfermeiros

como intervir numa mãe adolescente?

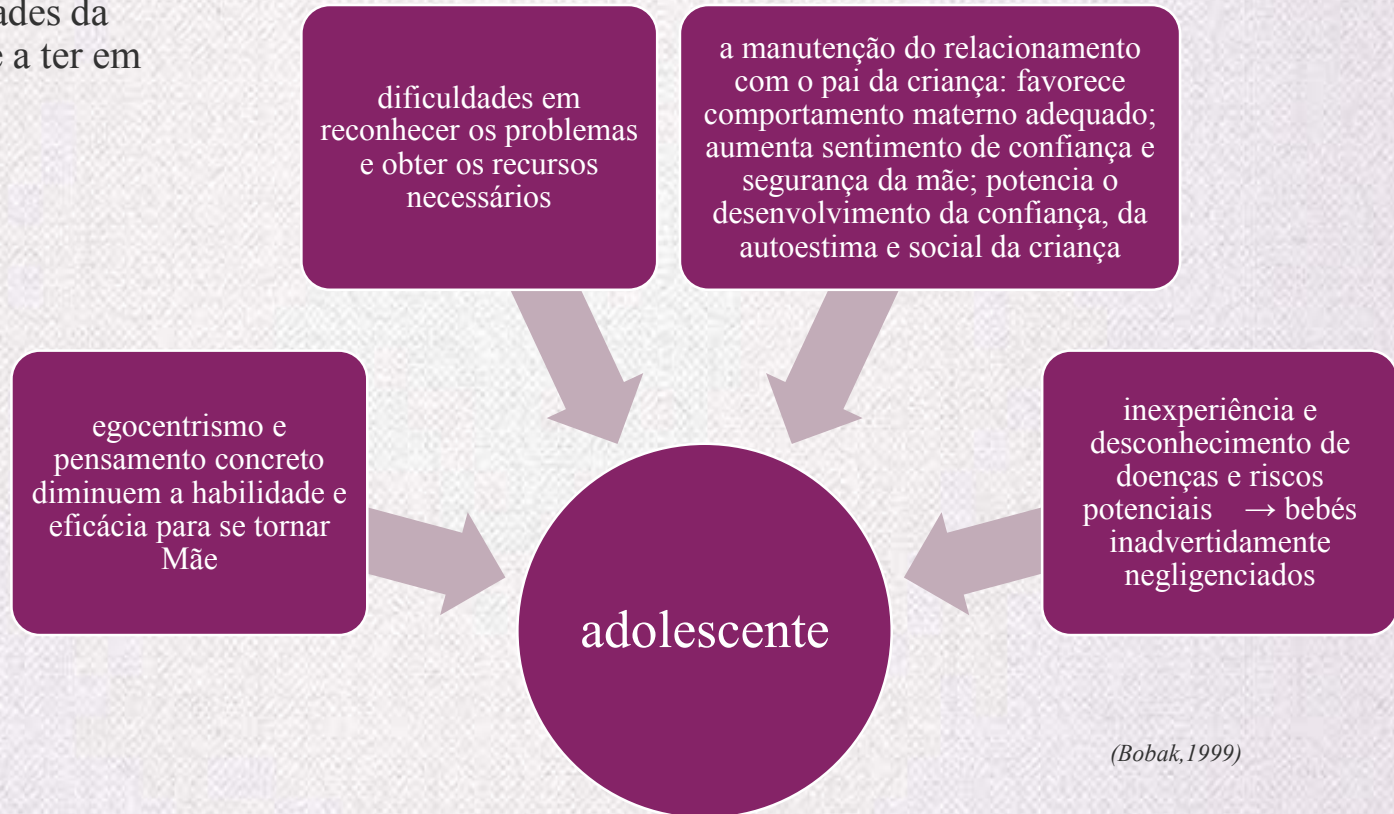
questões práticas a atentar na mãe

- com que frequência o bebé é visitado?
- quais as preocupações da mãe?
- consegue falar das suas dúvidas?
- acompanha a recuperação do filho?
- percebe mudanças no bebé?
- tem suporte familiar?



como intervir numa mãe adolescente?

- especificidades da adolescente a ter em conta



(Bobak, 1999)

como intervir numa mãe adolescente?

com suporte social

- promover a relação com os elementos de suporte
- promover o relacionamento com o enfermeiro de referência
- promover o desenvolvimento da parentalidade e vinculação
- estimular a continuidade do percurso escolar
- proporcionar atividades adequadas ao estadio de desenvolvimento
- proporcionar a continuidade de cuidados após a alta hospitalar

sem suporte social

- Identificar os recursos que possam ser mobilizados para o apoio
- Informar a adolescente dos recursos existentes
- desenvolver um plano de intervenção, promovendo a continuidade de cuidados à mãe adolescente, ao seu filho e aos elementos de referência

conclusão

- a maternidade é por si só uma fase particular da vida e constitui uma transição para qualquer mulher, mas na mulher adolescente o desafio reveste-se de uma pluralidade de transições simultâneas num corpo e mente ainda à procura da sua identidade e adaptações.
- cabe ao enfermeiro/a avaliar a profundidade das transições as quais a mãe adolescente atravessa e suplementar, apoiar e encaminhar esta nas suas necessidades.

bibliografia

- BOBAK, Irene M, et al., *Enfermagem na Maternidade.*, 4ª ed, Lisboa: Lusociência, 1999
- CANAVARRO, Maria Cristina - *Psicologia da Gravidez e da Maternidade.* Coimbra, Quarteto Editora, 2001.
- CANAVARRO, Maria; PEREIRA, Marco - *Gravidez e Maternidade na Adolescência: Perpectivas Teóricas.* Psicologia da gravidez e da maternidade. Coimbra, Quarteto Editora, 2001.
- MELEIS, Afaf Ibrahim - *Theoretical Nursing Development & Progress Fourth.* Copyright, Fourth Edition, 2007.
- LOPES, M. S. O.C. (2012). *Apoiar na parentalidade positiva: áreas de intervenção de Enfermagem.* (Tese de Doutoramento) Universidade Católica Portuguesa, Instituto de Ciências da Saúde.
- SOARES, Isabel; JONGENELEN, Inês - Maternidade na adolescência: Contributos para uma abordagem desenvolvimental. *Análise Psicológica.* Vol. 16 (1998), Nº 3, p. 373-384.

Neonatologia

UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA | INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

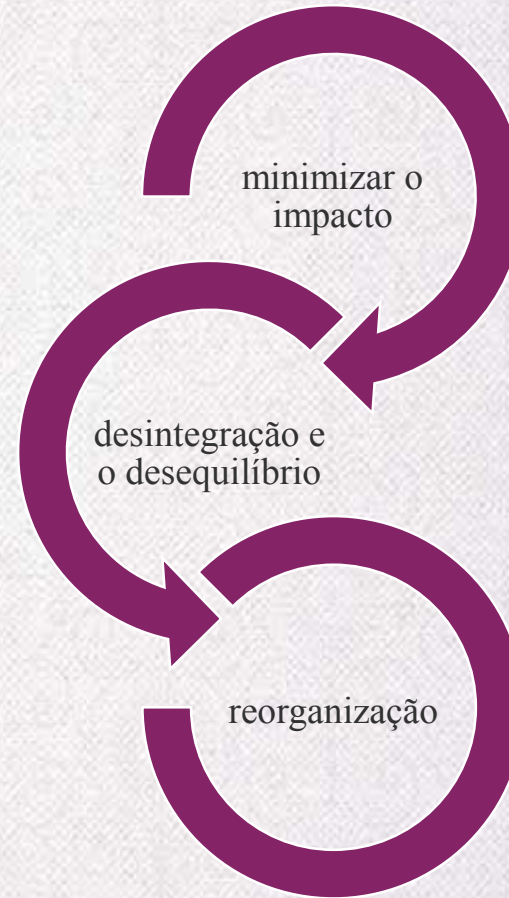
maternidade na

Adoles cência

intervenções de enfermagem

fases de adaptação

Meleis (2007) menciona ainda que existem **três fases** de adaptação à transição: (i) a inicial, em que a energia é direcionada no sentido de **minimizar o impacto**; (ii) uma fase neutra, caracterizada pela **desintegração e o desequilíbrio** e (iii) uma fase final, a de **reorganização**, em que a nova realidade é encarada e aceite.





fonte: <http://oficinadimagens.org.br/wp-content/uploads/2015/07/Mae-menina.jpg>
