



**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil
e Pediatria**

Relatório de Estágio

**A capacitação emocional do adolescente para a
prevenção de comportamentos de risco: intervenção de
enfermagem no âmbito da promoção da saúde**

Diana Gomes Pereira

—

**Lisboa
2020**

**Mestrado em Enfermagem na
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil
e Pediatria**

Relatório de Estágio

**A capacitação emocional do adolescente para a
prevenção de comportamentos de risco: intervenção de
enfermagem no âmbito da promoção da saúde**

Diana Gomes Pereira

Orientador: Professora Doutora Paula Diogo

**Lisboa
2020**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

AGRADECIMENTOS

À Professora Doutora Paula Diogo pela orientação de excelência e rigor, mas sobretudo pela inspiração e oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento durante este percurso.

À minha Mãe, Pai e Irmã pelo apoio e força que me deram para este projeto e a paciência com que cuidaram de mim durante os meses em que ele decorreu.

Ao Paulo pela compreensão, companheirismo e amor com que me acompanhou.

Às minhas colegas do serviço de urgência pediátrica pela amizade e ajuda incansável com a conciliação dos horários.

Às enfermeiras orientadoras Patrícia Fernandes, Patrícia Baltar, Patrícia Pereira, Sofia Duarte, Hortênsia Gouveia e Sofia Rodrigues pelas oportunidades de aprendizagem e partilha de saberes.

LISTA DE SIGLAS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
CPCJ	Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
EEESIP	Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
IE	Intoxicação Etanólica
IMV	Intoxicação Medicamentosa Voluntária
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
NACJR	Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco
NHACJR	Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco
OMS	Organização Mundial de Saúde
ONU	Organização das Nações Unidas
PEA	Perturbação do Espectro do Autismo
PHDA	Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção
SUP	Serviço de Urgência Pediátrica
UNICEF	Fundo das Nações Unidas para a Infância
VIH	Vírus da Imunodeficiência Humana

RESUMO

O presente relatório tem como finalidade descrever as atividades realizadas em estágio para a aquisição e desenvolvimento de competências comuns e específicas inerentes ao grau de Mestre e ao título de Enfermeira Especialista na área de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. O percurso formativo visou aprofundar conhecimentos tendo em conta a problemática dos comportamentos de risco e perturbações emocionais. Partimos do pressuposto que estes são os principais precursores dos problemas de saúde dos jovens da atualidade, pelo que a promoção de comportamentos saudáveis, através da capacitação emocional, é indispensável para o crescimento e desenvolvimento das crianças e jovens, enquanto intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica. Foi utilizada uma metodologia descritiva, reflexiva e analítica, assente num paradigma cognitivo-construtivista, nos diferentes contextos de estágio. No contexto de neonatologia desenvolvi competências de prestação de cuidados centrados no desenvolvimento e de promoção da esperança realista. No contexto de consulta de pediatria desenvolvi competências de avaliação do desenvolvimento e crescimento de crianças e de promoção da motivação, autoestima, autoeficácia e imagem corporal positiva das crianças e jovens. No contexto do internamento de pediatria desenvolvi competências no âmbito da promoção da adaptação à doença crónica e gestão da dor. Nos contextos de pedopsiquiatria, unidade de cuidados continuados e urgência pediátrica desenvolvi a capacidade de identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico na criança/adolescente e de capacitar emocionalmente os adolescentes para a adoção de comportamentos saudáveis. Enquanto projeto futuro planeio elaborar um protocolo de referenciação das crianças e jovens com comportamentos de risco no serviço de urgência pediátrica, para a consulta do adolescente ou pedopsiquiatria.

Palavras-chave: Enfermagem Pediátrica, Adolescente, Promoção da saúde, Comportamentos de diminuição do risco, Emoções

ABSTRACT

The purpose of this report is to describe the activities carried out as an intern for the acquisition and development of common and specific skills inherent in the Master's degree and the title of Specialist Nurse of Child and Pediatric Health Nursing. The training course aimed to deepen knowledge taking into account the problem of risk behaviors and emotional disturbances. We assume that these are the main precursors of the health problems of young people today, so the promotion of healthy behaviors, through emotional training, is essential for the growth and development of children and young people, as an intervention by the Specialist Nurse in Health Infant and Pediatric. A descriptive, reflective and analytical methodology was used, based on a cognitive-constructivist paradigm, in the different internship contexts. In the context of neonatology, I developed skills in providing care focused on the development and promoting realistic hope. In the context of pediatric consultation, I developed skills to assess the development and growth of children and to promote motivation, self-esteem, self-efficacy and positive body image of children and young people. In the context of pediatric hospitalization, I developed skills in promoting adaptation to chronic disease and pain management. In the contexts of pedopsychiatry, the unit of continuous care and pediatric urgency, I developed the ability to identify physiological and emotional evidence of psychic unwell in the child/adolescent and to improve emotionally adolescents skills to adopt healthy behaviours. As a future project, I plan to elaborate a referral protocol for children and young people with risk behaviours in the pediatric urgency department, for the consultation of the adolescent or pediatric psychiatry service.

Keywords: Pediatric Nursing, Adolescent, Health Promotion, Risk reduction behavior, Emotion

ÍNDICE

INTRODUÇÃO.....	9
1. PROBLEMÁTICA.....	11
2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CIENTÍFICO	14
2.1. Cuidar em Pediatria: enfoque no adolescente	14
2.2. Promoção da saúde na adolescência	16
2.3. Fatores de risco comportamentais, relacionais e emocionais na adolescência.....	19
2.4. Capacitação emocional do adolescente para a prevenção de comportamentos de risco: intervenções de enfermagem	22
3. PERCURSO METODOLÓGICO	25
4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS OBJETIVOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS.....	27
4.1. Contexto de Neonatologia.....	27
4.2. Contexto de Pedopsiquiatria.....	31
4.3. Contexto de Consulta de Pediatria.....	36
4.4. Contexto de Internamento de Pediatria.....	41
4.5. Contexto de Unidade de Cuidados na Comunidade	46
4.6. Contexto de Urgência Pediátrica.....	50
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	56
6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59

APÊNDICES

Apêndice I: Autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem, baseado nas competências do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Apêndice II: Protocolo de revisão *scoping*

Apêndice III: Mapa Concetual

Apêndice IV: Cronograma de Estágio

Apêndice V: Guia Orientador das Atividades de Estágio

Apêndice VI: Sessão de educação para a saúde “Conversar sobre o risco para viver Feliz(mente)”

Apêndice VII: Ferramenta educativa “Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção”

Apêndice VIII: Avaliação do desenvolvimento através da aplicação da Escala de *Mary Sheridan* a criança de 2 anos

Apêndice IX: Guia dos recursos de apoio às crianças e adolescentes em risco existentes nas freguesias Cascais-Estoril e Alcabideche

Apêndice X: Sessão de Educação para a Saúde “Conversar sobre a adolescência, desenvolvimento, afetos e sexualidade”

Apêndice XI: Formação aos pares “Identificação, capacitação e referenciação da criança e jovem em risco: Intervenção de enfermagem no âmbito da promoção da saúde”

ANEXOS

Anexo I: Programa e comprovativo de participação no 8º simpósio do Serviço de Psiquiatria: A Pessoa em Criação – Infância, Adolescência e Vida Adulta

Anexo II: Programa e comprovativo de participação nas 1^{as} Jornadas de enfermagem do Departamento da Criança e do Jovem do Hospital Fernando Fonseca “Cuidar, Partilhar e Refletir”

Anexo III: Exemplos de questões relacionadas com o acrónimo HEEADSSS

Anexo IV: Ficha de Sinalização para os Cuidados de Saúde Primários, Serviços de Internamento e Consultas Externas Hospitalares

Anexo V: Programa e Certificado de participação nas 2.as Jornadas Emoções em Saúde – Emoções, Afeto e Promoção da Saúde

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do 10.º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Este documento é o resultado da implementação de um projeto de estágio desenvolvido em 6 contextos da prática de enfermagem, nomeadamente, Neonatologia, Pedopsiquiatria, Consulta de Desenvolvimento Infantil, Internamento de Pediatria, Unidade de Cuidados na Comunidade e Urgência Pediátrica, durante 18 semanas. No decorrer destas semanas, e tendo em conta o projeto delineado, procurei adquirir e desenvolver as Competências Comuns do Enfermeiro Especialista previstas no Regulamento n.º 140/2019, de 6 de fevereiro e as Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica previstas no Regulamento n.º 422/2018, de 12 de julho.

Tal como o título do relatório indica, os adolescentes foram a população alvo de reflexão e de enfoque durante os estágios, porém os objetivos são mais abrangentes 1) Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) em diferentes contextos e tendo em conta os processos de saúde-doença; 2) Desenvolver competências no âmbito da capacitação emocional do adolescente para a prevenção de comportamentos de risco.

A adolescência corresponde ao período de transição entre a infância e a vida adulta que se inicia com a puberdade e se caracteriza por múltiplos desafios inerentes ao crescimento e desenvolvimento biológico (físico), intelectual (mental, emocional, sexual), psicossocial, económico e cultural (Ordem dos Enfermeiros, 2010; Saewyc, 2014). Este é um período pautado pela instabilidade emocional com oscilações variáveis, no qual o adolescente procura incessantemente ter novas experiências. Para a satisfação das suas necessidades e resolução de problemas, os adolescentes adotam muitas vezes comportamentos que podem conduzir a situações de risco, pelo que as intervenções de enfermagem devem promover a adoção de comportamentos saudáveis (Saewyc, 2014). Por este motivo foi selecionado o Modelo de Promoção da Saúde (Murdaught, Parsons & Pender, 2019). Este modelo integra a ciência do comportamento procurando identificar quais os fatores

peçoais, características e experiências individuais promotoras de comportamentos saudáveis que podem ser estimuladas e trabalhadas pelos enfermeiros em parceria com os adolescentes. A ideia de que o indivíduo tem um papel ativo nas escolhas diárias que condicionam os seus comportamentos de procura de saúde presente no modelo foi o fio condutor de reflexão das atividades realizadas no decorrer da experiência formativa, explicitada no presente relatório. O aprofundamento da temática em estudo, e as atividades de estágio, encontram sustentação no corpo de conhecimentos em enfermagem e na atual evidência científica, prosseguindo o “diálogo” teoria-prática-evidência. Tendo em conta a importância das emoções na tomada de decisão dos adolescentes, mais concretamente a associação feita entre a vivência de emoções positivas e o compromisso para a adoção de comportamentos saudáveis (Lucas *et al*, 2017) foi mobilizada, ainda, a Teoria do Cuidar de Jean Watson (2012). Esta teórica de enfermagem insere-se no atual paradigma unitário-transformativo, no qual o cuidar é encarado como promotor da saúde e crescimento individual.

A estrutura deste relatório encontra-se organizada em 5 capítulos. No primeiro capítulo é dada a conhecer a problemática que esteve na base da realização do relatório seguido de, no segundo capítulo, um enquadramento teórico-científico em que constam não só a temática e pertinência do seu estudo, mas também a especificidade do problema e objeto de estudo identificados, para o meu projeto de estágio. É também neste segundo capítulo que é realizado o enquadramento conceptual, são clarificados conceitos e é desenvolvida a abordagem teórica, que serviu de base para a estruturação e desenvolvimento dos estágios. O terceiro capítulo corresponde à apresentação da metodologia e no quarto capítulo pode ler-se a descrição e análise dos objetivos, atividades e competências desenvolvidas e adquiridas ao longo do período de estágio, organizadas por campo de estágio. No quinto capítulo são apresentados os projetos futuros planeados com referência aos contributos que do percurso de trabalho desenvolvido no decorrer dos estágios realizados, no âmbito da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, me proporcionaram para a melhoria da minha prática de enfermagem, agora com competências de EEESIP. Termina com a conclusão e as referências bibliográficas consultadas para a realização do relatório.

1. PROBLEMÁTICA

Até aos finais do século XVII o espaço social da infância era praticamente inexistente, uma vez que não era reconhecida às crianças a capacidade de expressão das suas ideias, vontades ou pensamentos. Curiosamente, “(...) o termo infância deriva do latim *infans* que significa “aquele que não pode falar”” (Xarepe, Costa e Morgado, 2017, p.3). As crianças eram consideradas seres diferentes dos adultos porque necessitavam de ser cuidadas e assim que desenvolviam a capacidade de satisfazer este tipo de necessidades passavam a ser consideradas “mini-adultos” que deixavam de ter o direito a brincar ou estudar, a “ser criança”, e passavam a partilhar os lugares e vivências dos adultos nos mais diversos tipos de atividades domésticas, de trabalho ou lazer (Xarepe, Costa e Morgado, 2017; Teixeira, 2006). Esta visão da infância devia-se ao facto de que antes do século XVII o conceito de família:

(...) era designado apenas à fidelidade dos servos ao senhor feudal, sem nenhuma conotação sentimental ou de núcleo hereditário que temos hoje (...). Posteriormente, no século XVIII, com a Revolução industrial, a família passou a ser observada como núcleo unificador dos valores morais e éticos da sociedade, e a criança passou a ser cada vez mais valorizada e protegida (Teixeira, 2006, p.3).

No século XX emergiu a noção de “criança sujeito” após a criação do Fundo das Nações Unidas para a Infância (UNICEF), mais concretamente após a aprovação da Declaração Universal dos Direitos da Criança em 1959 pelas Nações Unidas (ratificada em Portugal no ano de 1990) onde constam os direitos das crianças em relação “(...) à proteção contra as formas de discriminação, abuso, exploração, injustiça ou conflito, e ainda o direito à participação em todos os assuntos que lhe dizem respeito” (Teixeira, 2006, p.4). Consequentemente surgiu um conceito de família relacional, baseada nos afetos, em que a criança passou a ser vista como um Ser com ideias e interesses próprios e característicos, diferentes dos adultos, que variavam de acordo com o estágio de desenvolvimento e idade (Xarepe, Costa e Morgado, 2017; Teixeira, 2006).

A adolescência é uma etapa de desenvolvimento que se caracteriza pela ânsia de explorar novas sensações e vivências, pelo que é inevitável que os jovens corram riscos. Por ser uma época de maturação e transição entre a infância e a vida adulta, na maioria das situações os adolescentes não

conseguem compreender completamente as consequências das suas ações. Assim, e tendo em conta as tendências e políticas dos diferentes países, diferem os comportamentos de risco toleráveis e os inaceitáveis, bem como a responsabilidade criminal (World Health Organization, 2018).

Na atualidade, tendo em conta a lei portuguesa, são crianças todos os que têm idade compreendida entre os 0 e os 18 anos de idade, altura em que à partida estão reunidas as condições para uma transição apropriada para a vida adulta. O EEESIP presta cuidados avançados competentes e seguros, utilizando um modelo concetual centrado na criança e família que visam responder às situações de emergência e especial complexidade e satisfação da criança e suas famílias em qualquer contexto em que se encontrem (Ordem dos Enfermeiros, 2018). São ainda áreas de especial intervenção do EEESIP a avaliação e promoção do crescimento, através da orientação antecipatória bem como a deteção precoce e o encaminhamento de situações que coloquem em risco a qualidade de vida. Dentro destas situações, encontram-se os comportamentos de risco, o suicídio, a violência (contra o próprio ou terceiros) e a gravidez precoce; a promoção da autoestima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19192). O plano nacional de saúde 2012-2016 reforça a importância da promoção da saúde dos adolescentes através da prática de estilos de vida saudáveis sugerindo intervenções de enfermagem que conduzam à “prevenção de comportamentos de risco, abuso e violência, apoio à saúde mental, relações saudáveis e planeamento familiar e serviços de saúde adequados ao adolescente” (Direção-Geral da Saúde, 2012, p.6).

No decorrer dos meus três anos de experiência desenvolvi competências no âmbito da parceria de cuidados promotores da parentalidade, reconhecimento de situações de instabilidade das funções vitais, gestão da dor, comunicação e formação (como formadora e formanda). Após a realização do autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem (Apêndice I), baseado nas competências do (EEESIP) foi possível identificar áreas com potencial de melhoria. Neste sentido, o meu projeto de estágio inseriu-se numa área de atuação específica do EEESIP no âmbito da promoção da autoestima e diagnóstico / intervenção precoce nas situações de risco suscetíveis de condicionar a qualidade de vida dos adolescentes (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A problematização do tema para o projeto de estágio surgiu na sequência de uma realidade crescente vivida no serviço de urgência em que presto cuidados de enfermagem. Neste, tem havido um aumento significativo do número de adolescentes com os comportamentos de risco elencados pela Direção-Geral da Saúde (2012), em especial no que concerne ao consumo de tabaco, álcool e outras substâncias com ou sem intenção danosa para o próprio, bem como a autoagressão. Para além destes comportamentos de risco, é também nesta etapa de desenvolvimento que surgem as perturbações de comportamento alimentar, se tornam mais frequentes as patologias aditivas, perturbações da ansiedade, da depressão e do risco suicidário. Surgem ainda “(...) os primeiros surtos de quadros psicopatológicos graves e frequentemente crónicos, tais com as Perturbações Psicóticas e as Perturbações do Espectro Bipolar, particularmente importantes de diagnosticar pelas implicações relevantes da intervenção precoce, em termos do prognóstico” (Direção-Geral da Saúde, 2018b, p.11).

Esta é uma realidade corroborada pelos dados do Relatório do Estudo da *Health Behaviour in School-Ages Children* (HBSC) de 2018, referentes a adolescentes que frequentavam o 3º ciclo de escolaridade. Este revela que: 746 adolescentes em 3803 se magoaram de propósito pelo menos uma vez na vida; 409 em 6742 fumaram pelo menos 1 vez nos 30 dias que antecederam o preenchimento do questionário; 2308 em 6742 já consumiram álcool pelo menos uma vez na vida, sendo que 11,8% diz já ter tido pelo menos 1 episódio de embriaguez; 331 em 6696 adolescentes já consumiu marijuana, 190 deles nos 30 dias que antecederam o preenchimento do questionário em que 31,6% afirma ter consumido 20 dias ou mais durante esse mesmo período (Matos & Equipa Aventura Social, 2018). Para fazer face a esta realidade procurei construir um projeto de estágio, para a obtenção do título de EEESIP, com a finalidade de “Compreender a importância da intervenção de enfermagem no âmbito da capacitação emocional para a diminuição de comportamentos de risco nos adolescentes”. Os resultados da implementação, discussão e reflexão deste projeto no decorrer das 18 semanas de estágios, em associação com a pesquisa contínua encontra-se desenvolvida nos próximos capítulos do presente relatório.

2. ENQUADRAMENTO TEÓRICO-CIENTÍFICO

Neste subcapítulo serão explicitadas as bases conceptuais, teóricas e de evidência científica mobilizadas na experiência formativa, com base nas pesquisas da literatura (científica e cinzenta) e nos resultados obtidos durante a elaboração do protocolo de revisão *scoping* (Apêndice II).

2.1. Cuidar em Pediatria: enfoque no adolescente

Desde a primeira metade do século XX que os líderes da enfermagem compreenderam a necessidade de uma base de conhecimento para a prática de enfermagem, não só para que fosse reconhecida como profissão, mas também para a melhoria dos cuidados prestados. Florence Nightingale, enfermeira fundadora da escola de enfermagem no St. Thomas' Hospital em Londres, foi a precursora da enfermagem moderna através da transferência do ensino de enfermagem dos programas hospitalares para as universidades. Com o aumento do número de enfermeiras nos níveis de formação mais elevados começou a surgir a era da investigação para a produção de novo conhecimento, seguida da era do ensino graduado desencadeada pela criação de programas de mestrado. A estas, seguiu-se a era da teoria, em que os alunos começaram a apropriar-se da investigação e a aumentar o seu nível de conhecimento e, por fim, a fase contemporânea que assenta na utilização da teoria para o desenvolvimento de uma prática baseada na evidência, na qual se reconhece a existência de um conhecimento próprio de enfermagem e a descrição de funções específicas das enfermeiras (Tomey & Alligood, 2004). A partir de 1970, a enfermagem passou de vocação para profissão, com uma prática baseada na ciência de enfermagem dando início, nos anos 1980, ao desenvolvimento da conceptualização de enfermagem num período de pré-paradigma e posteriormente de paradigma (Tomey & Alligood, 2004). De acordo com Tomey e Alligood (2004, p.5) “os paradigmas prevaletentes (modelos) forneceram diversas perspetivas para a prática, a administração, o ensino, a investigação e para o posterior desenvolvimento da teoria de enfermagem”.

No final da década de 1980 começou a formar-se profissionais com uma prática de enfermagem mais reflexiva, ancorada numa perspetiva interacionista, na qual a pessoa era o centro dos cuidados e considerada um Ser particular e singular enquanto sujeito de cuidar (Serrano, Costa e Costa,

2011). Inserida no atual paradigma unitário-transformativo em que o cuidar é encarado como promotor da saúde e crescimento individual, encontra-se a Teoria do Cuidar de Jean Watson (2012). Na sua teoria, Jean Watson (2012) apresenta a profissão de enfermagem como uma arte e ciência, à qual chamou ciência do cuidar. Desenvolveu por isso a sua teoria do cuidar em que a pessoa é vista como um ser no “Mundo” em constante crescimento que é mais do que a soma das suas partes, é um todo que deve ser apreciado, respeitado e compreendido; a saúde como uma condição de harmonia entre mente, corpo e espírito; e o ambiente do cuidar como aquele que proporciona o desenvolvimento do potencial das pessoas, ao mesmo tempo que possibilita, por parte da mesma, a escolha da melhor ação para si (Watson, 2012).

Watson (2012), afirma que o cuidar, mais do que uma emoção, atitude ou desejo, se constitui como o ideal moral máximo da enfermagem, que visa não só proteger o cliente, mas também melhorar e preservar a dignidade humana daquele que é alvo dos cuidados. Cuidar do outro, pressupõem um compromisso para o cuidar, tendo em conta os conhecimentos, ações, vontades e valores não só do cliente, mas também do enfermeiro. Ou seja, nesta teoria há um enfoque nas relações humanas, em especial nas transações entre as pessoas e com o ambiente e na forma como isso pode condicionar não só a saúde dos intervenientes, mas principalmente o cuidar num sentido mais amplo (Watson, 2012).

Esta conceção de cuidar enquanto prática vital da enfermagem promotora da saúde e do cuidar transpessoal, que ocorre quando há um verdadeiro relacionamento entre enfermeiros e clientes (Watson, 2012), terá especial interesse para a descrição das intervenções de enfermagem mais adequadas para a capacitação emocional dos adolescentes no âmbito da prevenção de comportamentos de risco. Isto porque, apesar de os jovens identificarem riscos de saúde, muitos continuam “(...) relutantes em recorrer a serviços de saúde para problemas que não consideram orgânicos (...)” (Saewyc, 2014, p. 804) realçando assim a importância da intervenção de enfermagem no âmbito da capacitação emocional para a prevenção de comportamentos de risco e, consequentemente, a promoção da saúde.

2.2. Promoção da saúde na adolescência

Etimologicamente a palavra adolescente deriva de ad + olescere e significa “crescer para” (Silva, 2016). Do ponto de vista biomédico, os adolescentes estão numa fase da vida em que são considerados maioritariamente saudáveis, quando comparados com outros grupos etários, uma vez que a maioria dos problemas de saúde vividos nesta etapa são resultado de comportamentos adotados pelos mesmos. Este fenómeno é expresso “(...) pelo peso marcado que as causas violentas têm na mortalidade e morbilidade, nestas idades. Contudo, uma parcela substantiva de tais padrões de conduta está intrinsecamente associada ao processo de crescimento, desenvolvimento e socialização” (Direção-Geral da Saúde, 2005, p.5).

Durante esta etapa de crescimento o adolescente procura satisfazer as “(...) suas necessidades fundamentais de segurança, afeto, valorização, estima e protagonismo social” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.17) adotando comportamentos que até então não tinham sido experimentados e que estão, na maioria das vezes, associados a algum fator de risco (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Constitui-se como uma etapa que condiciona e influencia os comportamentos de saúde no futuro e que pode ser “(...) dividida em três fases: inicial, compreendida entre os 10 e os 13 anos; intermédia, dos 14 aos 16 anos; tardia, depois dos 16 anos” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.13). A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a adolescência entre os 10 e 19 anos e a Organização das Nações Unidas (ONU) entre os 15 e os 24 anos (Organização das Nações Unidas, 1989). Em Portugal a maioridade civil é atingida quando o indivíduo atinge os 18 anos de idade (Ordem dos Enfermeiros, 2010). Neste trabalho será considerado adolescência o período compreendido entre os 14 e os 18 anos (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

A adolescência é marcada não só pela maturação de órgãos e aparecimento de caracteres sexuais primários e secundários, mas também pelo desenvolvimento de competências emocionais. De acordo com a teoria do desenvolvimento cognitivo de *Piaget*, o adolescente encontra-se naquele que ele denomina como o estágio das operações formais. Um estágio caracterizado pelo desenvolvimento do pensamento abstrato em que o adolescente desenvolve um maior sentido de responsabilidade e controlo das emoções que lhe permitem pensar e lidar com situações hipotéticas, projetando-se num

futuro que resulta das suas ações presentes. De acordo com a teoria do desenvolvimento social de *Erickson* o adolescente encontra-se no estágio Identidade vs Confusão, uma fase caracterizada pela insegurança, rebeldia, agressividade e impulsividade em que o adolescente assume uma multiplicidade de papéis (filho, aluno e amigo) e procura desenvolver a sua autoestima e autoconfiança. É caracterizada por “três questões principais: a escolha de uma ocupação, a adoção de valores nos quais se basear e o desenvolvimento de uma identidade sexual satisfatória” (Papália, Olds & Feldman, 2009, p.469) que resultam, idealmente, na construção de uma identidade e confiança nos outros que se traduz no aumento da intimidade com os pares e consequente desenvolvimento emocional. *Freud*, no estudo do desenvolvimento psicossocial coloca o adolescente na fase genital, caracterizada pela procura da satisfação dos seus impulsos sexuais com os pares, o que conduz muitas vezes ao afastamento da família (Papália, Olds & Feldman, 2009; Saewyc, 2014).

Face a estas características do desenvolvimento psicológico e emocional dos adolescentes a procura por aceitação junto dos pares é frequente e, na maioria dos casos, o principal fator desencadeante da adoção de comportamentos de risco e trajetórias desviantes. Estes comportamentos terão um impacto negativo no desenvolvimento psicológico e social dos adolescentes e, a médio-longo prazo, poderão desencadear doenças como a hipertensão, neoplasia e/ou diabetes, ou comportamentos sucessivos de violência (Paula *et al*, 2020). Por este motivo, as intervenções de enfermagem devem procurar “(...) a promoção de comportamentos saudáveis, tanto para melhorar o seu nível de saúde, como para prevenir a doença (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.13).

Pender (Murdaught, Parsons & Pender, 2019), no seu Modelo de Promoção da Saúde, desenvolve uma perspetiva holística da enfermagem que integra a ciência do comportamento procurando identificar quais os fatores que promovem comportamentos saudáveis. Um modelo que defende a existência de fatores pessoais (biológicos, psicológicos e socioculturais), características e experiências individuais que desencadeiam comportamentos. A ênfase dada neste modelo ao papel ativo que os indivíduos têm, ou podem ter, nas alterações do contexto ambiental em que se inserem no sentido de atingir melhores níveis de saúde é imprescindível para a promoção da saúde juvenil,

uma vez que o sucesso das intervenções de enfermagem depende da “(...) participação direta do adolescente como protagonista do cuidado à saúde em favor de maior autonomia” (Paula *et al.*, 2020, p.2). A Teoria de Aprendizagem Social de Albert Bandura (2008) é central neste modelo, na medida em que defende que o comportamento humano é motivado por emoções, ações e necessidades, realçando a importância dos processos cognitivos na alteração de comportamentos através de três auto-crenças, nomeadamente, autoatribuição, autoavaliação e autoeficácia, sendo esta última a idealização máxima do Modelo de Promoção da Saúde (Tomey & Alligood, 2004; Murdaught, Parsons & Pender, 2019).

Este modelo de promoção de comportamentos de saúde assume especial importância na prestação de cuidados de enfermagem a adolescentes, uma vez que pelas características de desenvolvimento inerentes a esta fase são um grupo etário especialmente suscetível de desenvolver comportamentos de risco. Desde o plano nacional de saúde de 2004 que a Direção-Geral da Saúde destaca o aumento do número de crianças e adolescente com perturbações emocionais e comportamentais, alertando que estas podem conduzir à adoção de comportamentos de risco como o sedentarismo, desequilíbrios nutricionais, delinquência, morbilidade e mortalidade na sequência de acidentes, maternidade/paternidade precoces e comportamentos aditivos. No programa Nacional de Saúde dos Jovens 2006-2010 um dos principais objetivos era prevenir ou moderar o consumo de produtos ou substâncias que causassem habituação ou dependência (Direção-Geral da Saúde, 2006). Estas perturbações emocionais e comportamentais podem ainda desencadear perturbações mentais sendo que,

cerca de 50% das doenças mentais que se manifestam ao longo da vida têm o seu início na adolescência e 70% delas antes dos 24 anos de idade. O suicídio é a terceira causa de morte entre os 15 e os 35 anos de idade e os comportamentos auto lesivos e atos suicidas a segunda entre 15 e os 19 anos de idade (Direção-Geral da Saúde, 2018b, p.11/12).

Por todos estes motivos e características dos adolescentes a intervenção precoce pode prevenir ou reduzir a probabilidade de incapacidade a longo prazo e para isso é importante conhecer os principais fatores de risco comportamentais, relacionais e emocionais na adolescência, bem como os fatores protetores de cada um deles.

2.3. Fatores de risco comportamentais, relacionais e emocionais na adolescência

A adolescência caracteriza-se por ser um período de descoberta e desenvolvimento em que, na busca pela satisfação das suas necessidades fundamentais, o adolescente experimenta novas condutas e processos de tomada de decisão que podem ser uma oportunidade ou risco para o seu desenvolvimento saudável. Este risco pode ser avaliado de acordo com o resultado, “(...) o que gera prejuízo, com repercussões negativas no estado de saúde e danos a curto, médio e / ou longo prazo; e o que cria oportunidades, em que os comportamentos podem torna-se vantajosos ou necessários para o crescimento (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.17) nomeadamente no desenvolvimento da autonomia, maturação física ou socialização.

Neste sentido, o conceito de risco, mais concretamente o de risco para a saúde “(...) não pode ser entendido de uma forma simplista, posto que a valoração dos comportamentos pode tornar-se ambígua (...) Deste modo, não se torna simples estabelecer um balanço rigoroso entre saúde/não saúde, nestas idades” (Direção-Geral da Saúde, 2005, p.5). Por este motivo, poderá ainda ser pertinente avaliar o impacto dos comportamentos na saúde tendo em conta possíveis dissemelhanças não só biológicas e de saúde, mas também de género e padrões socialmente construídos (Direção-Geral da Saúde, 2005).

Os fatores de risco podem ser entendidos como condições ou variáveis que têm um impacto negativo na saúde, bem-estar e/ou desempenho social dos indivíduos e que por isso aumentam a possibilidade de adotar comportamentos de risco. São exemplos de fatores risco a “(...) baixa autoestima, baixa tolerância à frustração, desvalorização das normas e regras, disfunções afetivo-emocionais entre familiares, fraca ligação à escola e insucesso escolar” (Silva, 2016, p.34). A estes acrescem o “(...) comportamento antissocial, experiências sexuais precoces; insucesso escolar; presença de patologias como défice de atenção, hiperatividade, problemas de aprendizagem; comportamentos agressivos precoces e comportamentos antissociais; défice na aquisição de competências sociocognitivas e no processamento de informação” (Silva, 2016, p.37).

Por sua vez, os comportamentos de risco são todos aqueles que representam risco para o próprio e/ou para outros comprometendo o seu desenvolvimento saudável. Ou seja, os comportamentos de risco:

(...) podem ser definidos como aqueles que são potencialmente capazes de ameaçar a saúde física ou mental, tanto no presente como no futuro, tais como comportamentos que contribuem para as lesões acidentais e violência, uso de tabaco, álcool e outras drogas, comportamentos sexuais que contribuem para gravidez indesejada e doenças sexualmente transmissíveis, comportamentos alimentares pouco saudáveis e inatividade física, por exemplo. Esses comportamentos são considerados de risco por estarem significativamente associados às principais causas de morte, invalidez e problemas sociais entre adolescentes e adultos (Zappe, Alves & Dell'Aglio, 2018, p.80).

O consumo de álcool e tabaco são comportamentos de risco generalizados na adolescência. Também os comportamentos de risco relacionados com os hábitos alimentares, entre eles episódios de compulsão alimentar, dietas restritivas, incumprimento do número de refeições diárias aconselhadas, baixo consumo de legumes e elevado consumo energético e a inatividade/sedentarismo, são dos comportamentos de risco mais prevalentes nesta etapa de desenvolvimento (Direção-Geral da Saúde, 2018a; Zappe, Alves & Dell'Aglio, 2018). A estes, acrescem comportamentos autoagressivos, mais predominantes no género feminino, heteroagressivos, mais comuns no género masculino, e suicídio. Dentro dos comportamentos sexuais de risco, são de realçar não só o início precoce dos mesmos, mas também o risco de infeções sexualmente transmissíveis e a parentalidade precoce (Zappe, Alves & Dell'Aglio, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2010).

Estes comportamentos, apesar de mais frequentes na adolescência pela imaturidade, impulsividade e curiosidade características desta etapa e experienciados maioritariamente com o grupo de pares, não se desencadeiam sozinhos, ou seja, são propiciadas por outros indivíduos e variáveis. Os comportamentos de risco vivenciados em família, levados a cabo por adultos, podem ser imitados pelos adolescentes, entre eles o consumo de álcool ou substâncias e a violência. Na revisão sistemática realizada por Zappe, Alves e Dell'Aglio (2018) pode ler-se que as relações conflituosas com os pais e a perceção de disfuncionalidades familiares estão relacionadas com o consumo de substâncias pelos adolescentes; que a permissividade materna e a disfunção familiar estão associadas a comportamentos sexuais de risco,

comportamentos violentos e transtornos alimentares; e que a falta de apoio parental percebida pelo adolescente aumenta o risco da adoção de comportamentos suicidas.

Para além destas variáveis relacionais, estudos indicam também que condições socio-habitacionais desfavoráveis aumentam o risco da adoção de comportamentos de risco (Molinatti & Peláez, 2012), mais concretamente, que residir numa área urbana aumenta a probabilidade de ter relações sexuais precoces (Leite, Rodrigues & Fonseca, 2004). Contudo, apesar de terem consequências nocivas a curto, médio e longo prazo para a saúde e bem-estar, os comportamentos de risco apresentam ainda potencial para favorecer o desenvolvimento psicossocial e as relações entre os pares, contribuindo para o desenvolvimento da autonomia (Zappe, Alves & Dell'Aglio, 2018).

As competências sociais e de comunicação, mais concretamente a falta delas, está relacionada com maior desajuste social e consequente aumento do risco de abuso de substâncias. Também os problemas de saúde relacionados com a saúde mental, entre eles os sintomas depressivos, hipomania e psicopatologias, cada vez mais frequentes na adolescência, aumentam significativamente o risco de adoção de comportamentos de risco e comportamentos infracionais (Zappe, Alves & Dell'Aglio, 2018).

Por todos estes motivos, a avaliação do risco por parte dos adolescentes não se baseia apenas nos processos cognitivos e comportamentais, podendo ser influenciada por um processo emocional. Neste sentido, o comportamento dos adolescentes “(...) é determinado pela interface entre as avaliações cognitivas e avaliações afetivas do risco, sendo que essas respostas emocionais frequentemente divergem da avaliação cognitiva e, quando há esse conflito, a tomada de decisão é orientada pela emoção (Lucas *et al*, 2017, p.105-106). Assim, torna-se indispensável que os enfermeiros desenvolvam intervenções que visem a capacitação emocional dos adolescentes para que estes adotem comportamentos saudáveis.

2.4. Capacitação emocional do adolescente para a prevenção de comportamentos de risco: intervenções de enfermagem

Existem evidências que revelam um efeito multiplicativo dos comportamentos de risco, tornando os adolescentes mais suscetíveis de ingressar em trajetórias de exclusão social e, por sua vez, colocando-os no topo da lista de necessidade de intervenção preventiva por parte dos enfermeiros (Silva, 2016). Mais concretamente, no foco de intervenção que compreende a detecção e encaminhamento de situações que comprometam a qualidade de vida, “(...) nomeadamente comportamentos de risco, suicídio, violência e gravidez; a promoção da autoestima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2015, p.16661).

A prevenção de comportamentos de risco e promoção da saúde dos adolescentes é ainda uma preocupação ressaltada no plano nacional de saúde vigente, com especial enfoque no aumento da obesidade e do consumo de tabaco e álcool (Direção-Geral da Saúde, 2012). Esta prevenção assenta ainda na certeza de que “(...) a adoção de comportamentos saudáveis pode ter maior êxito no início da adolescência quando são desenvolvidas mudanças de hábitos no seio familiar e entre os seus pares com benefícios tanto para o corpo, quanto para a mente” (Paula *et al*, 2020, p.2). Também nas competências específicas do EEESIP é reforçada a importância de trabalhar em parceria com o adolescente no seu plano de saúde individual. Este plano deve ser fomentador de ganhos em saúde ou adaptação à doença crónica, através da promoção da autoestima, imagem corporal positiva, tomada de decisão responsável e comunicação expressiva de emoções (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

Nesta parceria entre enfermeiros e adolescente, é importante conhecer a sua história de saúde e possíveis fatores protetores, que diminuam a probabilidade de adotar comportamentos de risco e possam ser mobilizados para a promoção da saúde. No que concerne ao envolvimento afetivo familiar, características como a intimidade, proximidade familiar e relação positiva com os pais podem ser considerados fatores protetores. Também o desenvolvimento de competências de relacionamento interpessoal eficazes com os pares, o sentimento de pertença a um grupo, um bom rendimento

escolar e a existência de expectativas de futuro se constituem como fatores protetores (Silva, 2016; Zappe, Alves & Dell’Aglia, 2018).

Na sua revisão sistemática da literatura, Zappe, Alves e Dell’Aglia (2018, p. 88 e 89) acrescentam que “pertencer e frequentar uma religião foi identificado como um fator de proteção com relação a comportamento sexual de risco, comportamento alimentar de risco, uso de drogas, conduta violenta, antissocial e comportamento suicida”.

Neste sentido, o enfermeiro deve procurar estabelecer uma relação com o adolescente, em contexto hospitalar ou de consulta, assumindo uma postura permanente de *empowerment* e com o intuito de identificar as necessidades de saúde específicas do adolescente, em parceria com o mesmo (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Nesta promoção da saúde do adolescente, o enfermeiro deve procurar identificar as situações que conduzem aos comportamentos de risco e dar resposta aos objetivos prioritários das políticas de saúde dos jovens, nomeadamente na promoção: da saúde de modo integral (nas dimensões do bem estar físico, mental e social); da autonomia e autodeterminação; do desenvolvimento de uma cultura de segurança e prevenção de acidentes; da prevenção de iniquidades relacionadas com o género; da saúde sexual e reprodutiva; da prática regular de exercício físico para combater o sedentarismo; de uma alimentação equilibrada; da evitação ou diminuição do consumo de substâncias aditivas; da irradicação de todas as formas de maus tratos; da adequação e continuidade das repostas dadas aos adolescentes pelas entidades de saúde; e de ambientes físicos que propiciem o desenvolvimento (Direção-Geral da Saúde, 2006).

O facto de os comportamentos de risco na adolescência estarem relacionados com os estilos de vida tornam-nos passíveis de serem modificados. Contudo, a mudança depende de diversos fatores, nomeadamente “(...) a motivação intrínseca, capacidade de escolha, grau de eficácia, autocontrolo, tomada de decisão, autoconfiança, apoios e ambivalência pessoal” (Lucas *et al*, 2017, p.117). Esta tomada de decisão por parte do adolescente para a adoção de comportamentos é sustentada por uma reflexão e um pensamento, impregnados de emoções, que se refletem nas suas ações (Diogo, 2015).

Enquanto conceito dinâmico que desencadeia ação, são as experiências emocionais dos adolescentes o que os impulsionam a ter determinado tipo de

comportamentos. Por este motivo, os enfermeiros devem procurar capacitar o adolescente para que este se torne emocionalmente competente para a adoção de comportamentos saudáveis. A capacitação é mais do que dar informação, é intervir no sentido de promover o desenvolvimento do adolescente com vista ao *empowerment* para que este consiga efetuar uma avaliação realista das consequências das suas ações e optar por comportamentos saudáveis (Loureiro & Miranda, 2010). Assim, capacitar emocionalmente o adolescente “(...) significa conhecer as suas experiências emocionais, respeitar a sua individualidade, reconhecer as suas capacidades, opiniões, sentimentos, competências, e crescente conquista de autonomia, tornando-o no protagonista da solução para os seus problemas, estimulando a responsabilidade pela sua própria saúde” (Coelho, 2014, p.21). Esta capacitação vai promover no adolescente a consciência e autoconhecimento das suas emoções, de forma a que seja capaz de ter uma ação refletida e intencional e não apenas baseada nas emoções momentâneas.

Um indivíduo emocionalmente competente é aquele que é “(...) capaz de encontrar soluções, a partir de recursos internos que emergem das emoções, e principalmente da gestão das emoções e da motivação de cada indivíduo” (Lucas *et al*, 2017, p. 106). Este nível de competência emocional vai permitir ao adolescente gerir as suas emoções, negociar as suas interações pessoais e melhorar a sua automotivação (Lucas *et al*, 2017). A intervenção de enfermagem no âmbito da prevenção de comportamentos de risco nos adolescentes deve ser baseada numa relação de confiança que promova o *empowerment*, a motivação e a gestão emocional para atingir um nível de competência emocional. Um programa de prevenção eficaz deve traduzir-se numa diminuição dos fatores de risco, aumento dos fatores de proteção e a capacidade de, perante uma situação adversa, adaptar-se e adotar comportamentos saudáveis (Silva, 2016).

3. PERCURSO METODOLÓGICO

Esta experiência formativa teve início com a realização do autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem (Apêndice I), no âmbito das competências preconizadas pela Ordem dos Enfermeiros (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2019). Este permitiu a identificação de competências existentes e com potencial de melhoria na minha prática enquanto enfermeira no serviço de urgência pediátrica. No seguimento deste exercício de autodiagnóstico foi possível delimitar uma problemática e realizar pesquisas nas bases de dados, que deram origem a um protocolo de revisão *scoping* (Apêndice II), e na literatura cinzenta para obter uma revisão crítica da literatura. Como referencial teórico de enfermagem propomos o Modelo de Promoção da Saúde de *Nola Pender* (Murdaught, Parsons & Pender, 2019), em associação com a Teoria de Aprendizagem Social de *Albert Bandura* (2008) e a Teoria de Cuidar de *Jean Watson* (2012). Todo este enquadramento teórico foi sintetizado num mapa conceptual (Apêndice III).

A compilação deste trabalho deu origem a um projeto de estágio em que foram definidos dois objetivos gerais, nomeadamente:

- 1. Desenvolver competências de EEESIP em diferentes contextos e tendo em conta os processos de saúde-doença.**
- 2. Desenvolver competências no âmbito da capacitação emocional do adolescente para a prevenção de comportamentos de risco.**

Para operacionalizar estes objetivos gerais foram selecionados 6 contextos de estágio, nas áreas da neonatologia, pedopsiquiatria, consulta de pediatria, internamento de pediatria, unidade de cuidados na comunidade e urgência pediátrica, cuja duração da experiência foi organizada de acordo com um Cronograma (Apêndice IV). Para cada contexto de estágio foram delineados objetivos específicos e atividades distintas. Depois de aprovado o projeto de estágio, foi realizada uma compilação destes objetivos, atividades e competências a desenvolver, por contexto, num documento intitulado “Guia Orientador das Atividades de Estágio” (Apêndice V) que foi entregue e discutido com os enfermeiros orientadores dos diferentes contextos, visando a partilha e discussão das melhores estratégias para o operacionalizar e, em alguns casos, adaptar às reais necessidades e especificidades dos serviços. A implementação deste projeto no decorrer dos estágios pretendeu contribuir

para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem na instituição em que exerço funções de enfermeira no âmbito do cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (Ordem dos Enfermeiros, 2015). Visou ainda o aumento da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados a adolescentes com comportamentos de risco através da melhoria da articulação com as redes de recursos comunitários de suporte (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A metodologia utilizada para atingir os objetivos delineados e adquirir as competências planeadas foi a descritiva, reflexiva e analítica, assente num paradigma cognitivo-construtivista. Com esta abordagem é expectável que o mestrando tenha um papel ativo na construção do saber, fazendo não só o autodiagnóstico de competências e necessidades de aprendizagem, mas também dando continuidade ao aprofundamento dos seus saberes. Para o conseguir, procurei adotar continuamente uma prática reflexiva que “corresponde às atividades, intelectuais e afetivas, em que os indivíduos se envolvem para explorar as suas experiências com o objetivo de concretizar uma nova compreensão” (Peixoto & Peixoto, 2016, p.122). Esta prática reflexiva assenta num processo reflexivo que se inicia com a tomada de consciência de influências e consequências das ações de cada um (Peixoto & Peixoto, 2016). Em contexto de estágio, a reflexão com os orientadores clínicos, permite aos alunos desenvolverem “uma reflexão dialogante sobre o observado e o vivido, processo que conduz à construção activa do conhecimento na acção segundo uma metodologia de aprender a fazer fazendo” (Alarcão e Rua, 2005). Para desenvolver uma prática reflexiva, o mais metodológica e rigorosamente possível, para a produção de conhecimento e aquisição de competências, recorri ao ciclo reflexivo de Gibbs (1988). Com este ciclo é possível estruturar o pensamento no momento de refletir seguindo as suas seis etapas: descrição da situação, perceção dos sentimentos e pensamentos, avaliação da situação, análise da situação, conclusão e plano de ação e assim, concluir inequivocamente qual a melhor prática (Gibbs, 1988). Com recurso à metodologia referida, irei proceder à descrição e análise dos objetivos e atividades desenvolvidas. Para isso, optei por organizar a informação por contextos de estágio, para espelhar a minha evolução e a justificação das competências de EEESIP que desenvolvi ao longo desta experiência formativa.

4. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DOS OBJETIVOS, ATIVIDADES E COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

Este capítulo compreende a descrição e reflexão crítica das competências comuns de Enfermeiro Especialista (EE) que englobam dimensões como a “(...) educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento e liderança, incluindo a responsabilidade de decodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4744) e específicas de EEESIP que se traduzem na “(...) prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, procurando responder globalmente ao “mundo” da criança, bem como trabalhar no sentido de remover barreiras (...)” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19192).

No decorrer dos estágios, a par da prática reflexiva, procurei demonstrar uma postura proativa e participativa o que me permitiu contribuir ativamente em vários projetos em desenvolvimento nos diferentes contextos e, ainda, desenvolver sessões de educação para a saúde que, integradas na temática em estudo, foram reconhecidas como uma necessidade de formação na população alvo dos cuidados.

4.1. Contexto de Neonatologia

O meu percurso de estágio teve início na Neonatologia com uma duração de duas semanas, num total de 50h presenciais (Apêndice V). Uma das primeiras atividades realizadas foi uma entrevista com a enfermeira orientadora sobre a estrutura e dinâmicas do serviço, referenciais para a prática e modelo de cuidados dominante, o que me permitiu atingir o primeiro objetivo de estágio **“Conhecer a estrutura física e dinâmica organizacional e funcional do serviço”**. Em resultado, percebi que este serviço tem capacidade para 10 recém-nascidos de termo ou pré-termo até um mínimo de 28 semanas de gestação e que os motivos de internamento mais frequentes são o risco infeccioso (bolsas rotas > 18 horas, mães com PCR elevada ou situações em que o bebé tenha contacto com líquidos meconiais), hipoglicémia, taquicardia ou instabilidade hemodinâmica à nascença e situações em que ocorra aspiração de mecónio.

Ainda na sequência da entrevista, e no decorrer do estágio, consegui perceber que na prática de cuidados de enfermagem predominam as filosofias do cuidado não traumático e dos cuidados centrados na família, mas sobretudo a melhoria contínua para a prestação de cuidados de saúde seguros e de excelência ao recém-nascido (RN) prematuro baseados nos cuidados centrados no desenvolvimento. Para tal, está a ser desenvolvido no serviço um manual de boas práticas intitulado “Cuidados Centrados no Desenvolvimento” que contém todos os protocolos específicos criados nomeadamente: “Otimização do Ambiente”; “Gestão da Dor”; “Cuidados Centrados na Família”; “Gestão do Sono”; “Posicionamento do RN”; “Alimentação Oral do RN”; “Avaliação das Competências Oraís do RN”; “Cuidados à Pele” e “Otimização da Humidade da Incubadora”. Com este manual procuram atingir a meta dos cuidados centrados no desenvolvimento com enfoque na minimização dos estímulos nocivos e na individualização da estimulação baseada nas respostas comportamentais e fisiológicas do recém-nascido, providenciando um ambiente de cuidados terapêutico devidamente estruturado que promova o desenvolvimento do bebé em todos os domínios que intitulam os diferentes protocolos elencados (Coughlin, 2016).

Apesar de o manual de boas práticas estar ainda em construção foi possível aprender, com base na observação participante do que já eram as boas práticas da equipa, medidas promotoras do desenvolvimento do recém-nascido na otimização do ambiente (diminuição da luminosidade e dos ruídos), gestão do sono (agrupando a prestação de cuidados para uma determinada hora e procurando apenas posicionar de 3h/3h com movimentos firmes e calmos) ou de posicionamento do recém-nascido (com recurso a diferentes dispositivos de posicionamento disponíveis no serviço). Durante a prestação destes cuidados, a par da discussão e reflexão crítica dos mesmos com a enfermeira orientadora, consegui ainda compreender e **“Identificar sinais e sintomas de instabilidade das funções vitais dos neonatos”** e modos de atuação em conformidade, atingindo assim um dos objetivos do estágio e desenvolvendo a unidade de competência E2.1. do Regulamento de Competências do EEESIP “Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados” (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

De todas estas áreas de cuidado, foi nas intervenções relacionadas com a alimentação do recém-nascido que procurei de modo mais persistente

desenvolver competências. Não só porque aquando da realização do autodiagnóstico de competências do EEESIP foi identificado um défice de conhecimento nesta área, mas também porque era um dos objetivos específicos deste estágio **“Reforçar conhecimentos no âmbito da alimentação de neonatos”**. Neste sentido, a par da realização de pesquisa de evidência científica sobre a temática, procurei desenvolver uma observação participante nos momentos de ensino aos pais de estratégias promotoras de contacto físico (método canguru e amamentação) e técnicas de alimentação. Para além da amamentação, alimentação por sonda orogástrica e tetina (técnicas que já desenvolvia no âmbito da minha prática profissional diária), pude desenvolver competências no âmbito da alimentação por copo e com a técnica sonda-dedo. Estas competências foram desenvolvidas tendo em conta a necessidade de prestar cuidados centrados no desenvolvimento que integram vários componentes para o sucesso destes momentos de alimentação, entre eles a estabilidade fisiológica e comportamental antes e durante a alimentação, bem como a avaliação contínua das respostas táteis, controlo motor, função motora oral, e coordenação sucção - deglutição - respiração (Coughlin, 2014).

Ainda nesta área de desenvolvimento de competências, tive a oportunidade de assistir e participar ativamente na sessão de educação para a saúde intitulada “Alimentação do recém-nascido” com um grupo de pais no âmbito do projeto “Oficina do Cuidar” do serviço. Um projeto que visa o cuidar enquanto ideal moral da enfermagem através da capacitação dos pais para a preservação da saúde e dignidade dos filhos, num ambiente em que a prestação de cuidados pelos enfermeiros está ameaçada pela tecnologia, máquinas e tarefas administrativas (Watson, 2012). Esta atividade permitiu não só compreender a técnica e os princípios subjacentes antes de praticar a alimentação ao recém-nascido, mas também conversar com os pais num ambiente tranquilo e acolhedor (fora da unidade de cuidados) e começar a desenvolver aquele que Watson (2012) designa como “Cuidar transpessoal”. Um cuidar em que o enfermeiro faz uso do seu “Eu”, através de movimentos e apelo aos sentidos de tal modo que propicia a libertação e o fluir de emoções relativamente aos medos e angústias relacionados com a situação de internamento (Watson, 2012).

O último e mais ambicioso objetivo do estágio de neonatologia era **“Aprender estratégias de comunicação promotoras da esperança realista junto dos pais”**. Para tal, com base em pesquisas e discussão com a orientadora, procurei compreender em que situações na prática de cuidados em neonatologia era necessário promover a esperança (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Percebi, que “(...) a esperança é valorizada como necessária, numa situação vivencial de stress/*coping* e adaptação em contexto de incerteza relativa à doença do filho – incerteza ao futuro (...) sendo este um fenómeno relativamente recente na literatura de Enfermagem” (Ordem dos Enfermeiros, 2011, p.11) e que não é apenas necessária em situações de morte iminente. Promover a esperança realista é escutar ativamente os pais, desmitificar crenças erróneas e estabelecer objetivos concretos e realistas que possam ser indicadores de melhoria da condição do neonato que os pais possam facilmente identificar (Ordem dos Enfermeiros, 2011). Assim, aprendi que é possível promover a esperança realista dos pais sempre que se consegue alterar um modo ventilatório ou extubar um recém-nascido, aumentar o período que permanece com interesse durante a amamentação, trocar a técnica de alimentação por uma mais desafiante para o neonato e em que ele é bem-sucedido ou estabilizar hemodinamicamente um neonato agitado na posição de canguru com um dos pais.

Com a implementação destes conhecimentos acerca da prestação de cuidados para o desenvolvimento, a participação nos ensinamentos de alimentação e método de canguru, a promoção da expressão de emoções e sentimentos por parte dos mesmos e o desenvolvimento da sua esperança realista, considero ter desenvolvido a unidade de competência “E3.2. Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19194) do Regulamento de Competências do EEESIP. Isto porque, depois deste estágio, considero ser atualmente capaz de utilizar estratégias promotoras da esperança realista (E3.2.3.), promover o contacto físico pais/RN (E3.2.4.) e a amamentação (E3.2.5) e negociar o envolvimento dos pais nos cuidados (E3.2.6.), avaliando o desenvolvimento da parentalidade e transmitindo orientações antecipatórias sobre todas estas temáticas (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19194).

As atividades desenvolvidas não incidiram diretamente na capacitação emocional do adolescente, mas deram resposta ao objetivo geral: 1) Desenvolver competências de EEESIP em diferentes contextos e tendo em conta os processos de saúde-doença. Além disso, poderei mobilizar a competência de comunicação expressiva de emoções nos estágios seguintes e nas interações com adolescente, visando o objetivo geral: 2) Desenvolver competências no âmbito da capacitação emocional do adolescente para a prevenção de comportamentos de risco.

4.2. Contexto de Pedopsiquiatria

O meu estágio no contexto de pedopsiquiatria teve uma duração de três semanas, num total de 75h presenciais (Apêndice V). O serviço de pedopsiquiatria não está contemplado como sendo de cariz obrigatório para a obtenção do título de EEESIP, contudo, e na sequência de uma entrevista informal com a enfermeira da equipa multidisciplinar deste serviço, especialista e investigadora na área de emoções em saúde da ui&de/ESEL, foi possível compreender que estagiar neste contexto seria uma mais valia para atingir o objetivo geral 2) Desenvolver competências no âmbito da capacitação emocional do adolescente para a prevenção de comportamentos de risco. Com esta entrevista foi também possível desenvolver o primeiro objetivo específico deste contexto de estágio **“Conhecer a estrutura física e dinâmica organizacional e funcional do serviço”**.

Este serviço é constituído por uma equipa multidisciplinar que, para além da enfermeira especialista e dos pedopsiquiatras, contempla terapeuta ocupacional, psicomotricista, psicólogos e assistente social com consultas às segundas, terças, quintas e sextas, reservando a quarta-feira para reuniões multidisciplinares destinadas à discussão de planos de cuidados e novos casos. A população alvo é constituída por crianças e adolescentes, com idades entre os 13 e os 17 anos, com distúrbios de comportamento e problemas de desenvolvimento referenciados da consulta de pediatria ou do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES). São maioritariamente adolescentes com perturbações do espectro do autismo, hiperatividade e défice de atenção, perturbações da eliminação, humor, personalidade e linguagem. Muitos destes adolescentes apresentam ainda comportamentos de risco, entre eles o consumo de drogas e álcool, comportamentos auto lesivos e tentativas de

suicídio, comportamentos de desinibição sexual e/ou exposição excessiva nas redes sociais e absentismo escolar. Com base na tipologia dos clientes, os cuidados de enfermagem são centrados na família e visam não só a promoção da saúde, mas também a prevenção de complicações para a saúde da criança e jovem, como previsto nos 2º e 3º enunciados descritivos, respetivamente, do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (2015).

As consultas de enfermagem podiam ser individuais com os adolescentes, em que era previamente negociada a presença dos pais no decorrer das mesmas, ou em grupo. Na modalidade de grupo, mediante a razão que conduzia à formação do grupo, podiam ser grupos de tarefas, ensino ou de apoio/terapêuticos (Townsend, 2011), constituídos por adolescentes do mesmo grupo etário ou por pais de adolescentes.

Nas consultas de enfermagem com os adolescentes, individualmente, procurei desenvolver o objetivo específico **“Identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico na criança/adolescente”**. Durante a minha observação participante percebi que a enfermeira orientadora seguia um guião e procurei perceber a intencionalidade das questões. Antes da consulta procurava sempre conhecer o episódio/queixas que teriam desencadeado a referenciação, quando era uma primeira consulta, e lia qual o plano combinado na consulta anterior caso fosse de seguimento. Procurava também descobrir quais os antecedentes pessoais e familiares, uma vez que “os factores hereditários estão implicados como sendo a causa em aproximadamente 5% dos casos” (Townsend, 2011, p.389). Realizava questões acerca das condições habitacionais, padrões de sono, alimentação e satisfação das atividades de vida diária para identificar possíveis fatores sociais com potencial *stressor* (Pereira, 2011). Sozinha com os adolescentes, questionava ainda acerca da relação com os pares e pais, para identificar situações de conflito ou *bullying*, existência de hábitos de consumo de álcool e/ou substâncias, orientação sexual e, sempre que se revelava pertinente, se havia história prévia de comportamentos suicidários ou para-suicidários (Pereira, 2011).

Durante as consultas com os adolescentes, para além de identificar situações e comportamentos de risco, eram procurados indícios de mal-estar psíquico ou emocional como “(...) comportamento impulsivo/agressivo em relação à frustração; desesperança – está correlacionada com a

intencionalidade e prediz o risco de TS [tentativa de suicídio] e suicídio consumado; perfeccionismo (...)” (Pereira, 2011, p.16). Quase sempre perguntava diretamente aos adolescentes quais as suas queixas, por mais inespecíficas que fossem, uma vez que “os problemas de saúde mental podem ser apercebidos pelo próprio de modo subjetivo como ansiedade, medos, fobias, irritabilidade, tristeza ou queixas somáticas, ou então manifestarem-se através do comportamento como heteroagressividade, impulsividade, problemas de atenção ou problemas de conduta antissocial” (Santos, 2013, p.20). A intervenção da enfermeira orientadora visava sempre três objetivos fundamentais, nomeadamente, a promoção da saúde, a prevenção da doença e a intervenção para o tratamento, reabilitação e reinserção social destas crianças e jovens. Esta intervenção centrada no cliente e individualizada tendo em conta as suas reais necessidades de saúde, permitiu-me desenvolver o objetivo específico **“Reforçar conhecimentos e comportamentos do adolescente e família relativos à saúde”**.

Nas consultas, depois de identificados os problemas comportamentais, emocionais e/ou psicopatológicos dos adolescentes, trabalhava-se no sentido de **“Negociar um contrato de saúde com a criança e o jovem em parceria com a família”**. Numa fase inicial, estes contratos passavam por melhorar hábitos de vida e convivência em família, diminuição de comportamentos de risco e diminuição da ausência ou recusa escolar. A ausência escolar estava relacionada com o medo de ir à escola motivada por situações de *bullying*, verificando-se, contudo, que um número significativo de adolescentes apresentava absentismo escolar sem justificação válida (Leal *et al*, 2015). Nestes casos, os que apresentam recusa escolar ficam maioritariamente em casa, ao passo que os adolescentes com fuga escolar normalmente permanecem na rua ocultando o absentismo dos pais (Leal *et al*, 2015). Esta recusa escolar pode ser despoletada por fatores emocionais e psicopatologia, mais frequentemente perturbações do humor, comportamento ou ansiedade e pode desencadear “(...) grande angústia quer do próprio quer da família, insucesso escolar e alienação social (...) abandono escolar precoce que leva a habilitações literárias inferiores e, conseqüentemente, a maiores dificuldades em arranjar emprego ou (...) empregos menos qualificados” (Leal *et al*, 2015, p.14).

No sentido de promover uma relação satisfatória e equilibrada entre os pais e os filhos, a equipa desenvolvia semanalmente um programa certificado de capacitação parental intitulado “Mais Família, Mais Jovens: Um programa grupal de educação parental para pais de jovens dos 9 aos 18 anos”. Estas sessões semanais contavam com um grupo de pais pré-estabelecidos que cumpriam um total de 12 sessões até concluir o curso. Neste curso de capacitação parental são discutidas as razões do mau comportamento dos adolescentes e explicados os princípios da parentalidade eficaz e dos pais como modelo dos filhos, ensinando e incitando os pais a restabelecer o afeto e salientar o que de melhor têm os seus filhos. Uma abordagem positiva e construtiva, que procura restabelecer as relações familiares de qualidade baseadas em regras estabelecidas “contratualizadas” por ambas as partes (pais e filhos) que quando cumpridas são elogiadas e recompensadas e que quando quebradas são penalizadas com algo também previamente acordado. Os pais são ainda ensinados a restabelecer a sua autoridade sem bater e a desenvolver competências de autorregulação em situações de crise com os filhos (Gaspar, s.d).

Neste contexto tive ainda a oportunidade de participar em sessões semanais de grupo em co-terapia (enfermeiro e terapeuta ocupacional ou enfermeiro e psicólogo) de adolescentes que visavam a adesão ao tratamento e a identificação de comportamentos desviantes ou situações stressoras. Um espaço em que os adolescentes expressavam as suas emoções, angústias e preocupações e em que era possível trabalhar estratégias “(...) de *coping* adequado (competências do jovem na resolução de conflitos e problemas), com suporte familiar, boa ligação do jovem à escola e a um grupo de pares (...)” (Pereira, 2011, p.19). Nestas sessões, eram ainda relatadas pelos adolescentes diversas situações em que eram vítimas de estigmatização associado à doença mental, o que se constituía visivelmente como:

(...) uma fonte de sofrimento, representando um obstáculo à concretização de projetos pessoais e à integração social plena (...), condicionando perda de oportunidades, prejuízo da autoestima e autoconceito, qualidade de vida, suporte social e empowerment e atuando como uma barreira ao desempenho dos papéis sociais habituais (Xavier, 2013, p.10).

Nestas sessões são trabalhadas temáticas que promovem o autoconceito positivo, a autoestima e autoconhecimento com o intuito de aumentar a autocompetência e autoafirmação. É também trabalhada a autoeficácia

percebida que, de acordo com o modelo de promoção da saúde de nola pender pode ser definido como o “julgamento da capacidade pessoal para organizar e executar um comportamento de promoção de saúde (...) influencia as barreiras percebidas à acção de modo a que uma maior eficácia resulta em percepções reduzidas das barreiras ao desempenho comportamental” (Tomey & Alligood, 2004, p.704). De um modo geral as intervenções e atividades desenvolvidas com as crianças e adolescentes no sentido da promoção destas competências, visam a aquisição de competências sociais e cognitivas, através da capacitação emocional para a adoção de comportamentos saudáveis.

Na última semana de estágio tive a oportunidade de preparar e dinamizar uma destas sessões. Por esse motivo, a atividade inicialmente planeada “Elaboração de um dossier temático sobre intervenções do EEESIP para a capacitação emocional de crianças/adolescentes com comportamentos de risco”, deu lugar à preparação e implementação de uma sessão de educação para a saúde. Assim, dia 22 de outubro de 2019 dinamizei, com a supervisão da enfermeira orientadora, uma sessão de educação para a saúde intitulada “Conversar sobre o risco para viver Feliz(mente)”, durante 45 minutos, cujo objetivo era “Promover a reflexão por parte dos adolescentes para a adoção de comportamentos saudáveis”. No decorrer desta sessão utilizei diversas estratégias, tal como descrito no plano de sessão disponível no Apêndice VI, para capacitar emocionalmente os adolescentes para a adoção de comportamentos saudáveis no que concerne às temáticas “Hábitos alimentares”, “Sedentarismo/Atividade física”, Dependência Tecnológica” e “Consumo de Álcool e Tabaco”. A participação nas sessões de coterapia e o planeamento e realização desta sessão permitiram-me desenvolver outros dois objetivos específicos deste contexto **“Promover a motivação, autoestima, autoeficácia e imagem corporal positiva” e “Capacitar emocionalmente o adolescente para o desenvolvimento de estratégias de coping e adoção de comportamentos saudáveis”**.

A par de todas estas oportunidades de aprendizagem, tive ainda a possibilidade de assistir ao 8.º simpósio do Serviço de Psiquiatria – Departamento de Saúde Mental do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca: A Pessoa em Criação – Infância, Adolescência e Vida Adulta que decorreu nos dias 18 e 19 de outubro de 2019 (Programa e comprovativo de participação no Anexo I). Com este simpósio consegui compreender melhor o

que é viver com a doença mental e quais as possíveis manifestações que podem ter, bem como qual a melhor e mais adequada intervenção do enfermeiro nas diferentes situações o que, em associação com as competências desenvolvidas em estágio, foi imprescindível para o planeamento da sessão de educação para a saúde.

As atividades desenvolvidas incidiram diretamente no objetivo geral: 2) Desenvolver competências no âmbito da capacitação emocional do adolescente para a prevenção de comportamentos de risco. Pela especificidade do contexto considero também ter conseguido desenvolver o objetivo geral 1) Desenvolver competências de EEESIP em diferentes contextos e tendo em conta os processos de saúde-doença, mais concretamente no âmbito das perturbações emocionais e doença mental. Acredito ainda ter adquirido as competências de EEESIP “E1.1. Implementa e gera, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem”, “E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” e “E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19193-94).

4.3. Contexto de Consulta de Pediatria

O estágio no contexto de consulta de pediatria teve uma duração de duas semanas, num total de 50h presenciais (Apêndice V). O primeiro objetivo específico para o contexto da consulta de desenvolvimento foi **“Conhecer a estrutura física e dinâmica organizacional e funcional do serviço”**. Para tal, realizei uma entrevista informal à enfermeira orientadora sobre a estrutura do serviço, referentes para a prática e modelo de cuidados dominante e situações de cuidados mais frequentes na consulta. Isto foi importante porque me permitiu perceber que as 2 enfermeiras do serviço baseavam a sua prática na filosofia de cuidados não traumáticos em todos os procedimentos potencialmente dolorosos e na promoção da adaptação, por parte da criança/adolescente e suas famílias, às condições de saúde, como previsto no 5.º enunciado descritivo do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos

Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (2015).

Esta consulta de pediatria visa não só promover o crescimento e avaliar o desenvolvimento dos recém-nascidos pré-termo, mas também gerir, em parceria com os pais e crianças, planos de saúde promotores da adaptação a situações de doenças raras ou crónicas, como por exemplo Perturbação da Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA), Perturbação do Espectro do Autismo (PEA) e Perturbações da linguagem e/ou do sono. A estas acrescem a obesidade, diabetes *mellitus* tipo I, doenças do foro respiratório, entre outras.

O contacto com estas crianças e famílias no decorrer das consultas permitiu-me compreender, pela voz dos mesmos, o impacto da doença crónica nas suas vidas, mais concretamente que “(...) a doença crónica pode perturbar o relacionamento social, o rendimento académico e o comportamento sexual de um adolescente (...)” (Santos *et al*, 2011, p.18) bem como a rotina laboral dos pais. Todas estas mudanças obrigam a uma constante adaptação na qual é imprescindível a intervenção do EEESIP. Assim, e para desenvolver a unidade de competência “E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19193) do regulamento de competências específicas do EEESIP estipulei o objetivo específico: **“Promover a utilização de estratégias de coping por parte das crianças/famílias em situação de doença crónica e/ou condição de necessidades especiais”**. Com base na pesquisa de evidência científica e reflexão crítica realizada com a enfermeira orientadora, aprendi que a adequabilidade das estratégias de *coping* variam de pessoa para pessoa, consoante a idade, género, aceitação e compreensão do diagnóstico. Assim, e como o cuidar em enfermagem não pode ser indiferente às emoções (Watson, 2012) cabe ao enfermeiro intervir no sentido de fornecer apoio emocional e incentivar ao recrutamento de suporte emocional junto da família e/ou amigos, sugerindo um *coping* centrado na emoção, ou suscitar nos indivíduos estratégias focadas na resolução do problema como:

(...) procurar informação sobre a doença e tratamento, e aprender a lidar com ela; traçar objectivos concretos e limitados, tentando manter as suas rotinas habituais; (...) perspetivar alguns acontecimentos e situações stressantes futuras, de modo a estar preparado para as dificuldades que possam surgir, e encontrar uma perspetiva regulável sobre a sua saúde,

atribuindo significados às suas experiências e traçando objectivos a longo prazo(...) (Sousa *et al.*, 2011, p.156).

Vários estudos revelam que as crianças e jovens com doença crónica apresentam níveis de autoestima mais baixos e maior dependência social, quando comparadas com os seus pares saudáveis (Santos *et al*, 2011). Isto pode dever-se ao impacto que a doença crónica tem ao nível do rendimento académico, motivado na maioria das vezes por internamentos hospitalares ou consultas frequentes, e no relacionamento social com os pares. Também a autoimagem e percepção da autoeficácia estão comprometidas, variando com a condição da doença e o nível de incapacidade física ou limitação visualmente identificada pelos pares que possa ser alvo de estereótipos. De modo a trabalhar estas temáticas na consulta com os adolescentes, defini dois objetivos específicos: **“Promover a motivação, autoestima, autoeficácia e imagem corporal positiva”** e **“Capacitar emocionalmente o adolescente para o desenvolvimento de estratégias de coping e adoção de comportamentos saudáveis”**.

Neste sentido procurei, sempre que se revelou oportuno, conhecer as experiências/vivência da doença crónica pela criança, jovem e família, estabelecendo uma relação terapêutica intencional pautada pelo envolvimento, parceria, capacitação e negociação dos cuidados (Watson, 2012). Esta relação terapêutica permitiu identificar quais as necessidades de intervenção específicas, possibilitando a individualização dos cuidados, assente na evidência científica de que:

(...) os adolescentes com doença crónica têm a mesma ou maior tendência para os comportamentos de risco (p.e. consumo de drogas, álcool e hábitos tabágicos e relações sexuais desprotegidas) que os seus pares saudáveis, situação que pode ser explicada pelo desejo inconsciente destes adolescentes serem parecidos com os seus pares *“be alike”* (Santos *et al*, 2011, p.18).

O desenvolvimento da minha capacidade de estabelecer uma relação de proximidade e a intencionalidade terapêutica das minhas intervenções no decorrer das consultas permitiu-me dar continuidade ao trabalho iniciado no contexto de pedopsiquiatria para atingir o 2.º objetivo deste relatório **“Desenvolver competências no âmbito da capacitação emocional do adolescente para a prevenção de comportamentos de risco”**. Para tal,

procurei dar *empowerment* aos adolescentes, alertando para os riscos inerentes aos seus hábitos de vida, trabalhando em parceria com eles no sentido de melhorar a sua capacitação emocional e gestão das suas emoções no dia-a-dia para o estabelecimento de um plano de ação, em parceria com a família, para a adoção de hábitos de saúde. De acordo com o modelo de promoção da saúde de *Nola Pender* (Murdaught, Parsons & Pender, 2019), este trabalho em parceria com os pais para a mudança de hábitos é importante porque “as pessoas estão mais propensas a comprometerem-se com e a adotarem comportamentos de promoção de saúde quando outros significativos modelam o comportamento, esperam que o comportamento ocorra e prestam ajuda e apoio para permitir o comportamento” (Tomey & Alligood, 2004, p.706). Para facilitar esta mudança de comportamento, nas consultas dos adolescentes trabalhei a melhoria de hábitos de sono, para diminuir possíveis perturbações causadas por má higiene de sono; hábitos alimentares, para identificar e eventualmente encaminhar para ajuda diferenciada nas situações em que se verificaram distúrbios alimentares; hábitos de estudo e utilização de dispositivos eletrónicos; prática de desporto e/ou atividades com risco para a integridade física nos tempos livres; convívio e relação com os pares, procurando perceber se há no grupo a prática generalizada de comportamentos de risco como o consumo de substâncias ou práticas sexuais desprotegidas (Salavessa e Vilariça, 2009). Ainda no âmbito da capacitação emocional dos adolescentes surgiu a oportunidade, por sugestão da enfermeira orientadora, de desenvolver uma ferramenta educativa para utilizar nas consultas que explicasse e fornecesse estratégias promotoras do desenvolvimento em crianças e jovens com PHDA (Apêndice VII).

Nesta consulta são ainda realizadas avaliações de desenvolvimento a crianças que, para além deste tipo de perturbações, apresentem quadros mais complexos de atrasos globais de desenvolvimento ou paralisias cerebrais, avaliando as crianças com escalas de desenvolvimento apropriadas e, principalmente, avaliando as necessidades de apoio e ensino dos pais. No decorrer do estágio estavam contempladas, quase diariamente, consultas de avaliação do desenvolvimento e crescimento de bebés e recém-nascidos pré-termo com restrições de crescimento e/ou perturbações de desenvolvimento a variadíssimos níveis. Isto permitiu que eu me dedicasse à concretização de dois objetivos de estágio nesta área de competências, nomeadamente “**Avaliar**

o desenvolvimento infantil e juvenil” e “Identificar indicadores de atraso no crescimento e desenvolvimento da criança”. Para tal, desenvolvi uma observação participante no decorrer das consultas, procurando não só participar nas atividades que visavam avaliar a criança, mas também preencher as avaliações no sistema informático. No fim das consultas havia ainda a oportunidade de refletir criticamente com a enfermeira orientadora sobre os ensinamentos feitos aos pais e registrar em notas para a próxima consulta quais os indicadores mais preocupantes e pontos de melhoria combinados com os pais para avaliar na próxima consulta.

Para a avaliação de desenvolvimento era aplicada a escala de *Mary Sheridan* (informatizada) o que me permitiu melhorar as minhas competências na sua aplicação e identificação/sinalização de eventuais indicadores de atraso no crescimento e desenvolvimento, uma das atividades programadas para este contexto de estágio, uma vez que foi uma das competências identificadas como tendo potencial de melhoria no autodiagnóstico de competências do EEESIP. Para demonstrar a aquisição da competência “E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19194) do Regulamento de Competências do EEESIP foi realizada uma “Avaliação do desenvolvimento através da aplicação da Escala de *Mary Sheridan* a criança de 2 anos” por escrito (Apêndice VIII) onde são demonstrados conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento (E3.1.1.), avaliado o desenvolvimento (E3.1.2.) e descritas quais as orientações antecipatórias dadas à família para potenciar o desenvolvimento da criança (E3.1.3.) (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19194).

As atividades desenvolvidas deram resposta aos dois objetivos gerais: 1) Desenvolver competências de EEESIP em diferentes contextos e tendo em conta os processos de saúde-doença e 2) Desenvolver competências no âmbito da capacitação emocional do adolescente para a prevenção de comportamentos de risco.

4.4. Contexto de Internamento de Pediatria

O meu percurso de estágio no contexto de internamento de pediatria teve uma duração de duas semanas, num total de 50h presenciais (Apêndice V). Com o intuito de atingir o objetivo **“Conhecer a estrutura física e dinâmica organizacional e funcional do serviço”** foi realizada uma entrevista informal semiestruturada à Enfermeira Coordenadora do internamento de pediatria. Com esta reunião, fiquei a saber que o serviço tem 4 EEESIP numa equipa de 14 enfermeiros, e capacidade para internar 19 crianças em diversos contextos de doença aguda ou agudização de condição crónica. Assentam a sua prática na filosofia dos cuidados não traumáticos e prestam cuidados centrados na família, dispondo no serviço de espaços lúdicos e recreativos como a sala de brincadeiras, sala de leitura, sala de refeições e instalações para os pais com cama e casa de banho que permitem a excelência do cuidado e, consequentemente, a satisfação da criança e do jovem como previsto no 1.º enunciado descritivo do Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (2015).

Estes espaços em que é possível brincar durante o internamento são essenciais para o desenvolvimento infantil e, principalmente para a vivência positiva da hospitalização. A atividade de brincar “(...) ajuda a criança na sua adaptação à realidade pois para além de apresentar funções que incluem o desenvolvimento intelectual, sensório-motor, de socialização, de criatividade e de auto-consciência, pode também constituir-se como um instrumento terapêutico nos cuidados de saúde pediátricos” (Pereira *et al*, 2010, p.27)

Este serviço tem vários projetos de melhoria da qualidade dos cuidados e promoção da saúde, em curso. Um deles, implementado pela enfermeira que orientou o meu estágio, procura promover a capacitação parental e adaptação da criança e família à diabetes. Por este motivo, delinee o objetivo específico **“Promover a adaptação da criança/família à doença crónica e envolvimento na prestação de cuidados em contexto de internamento e após alta”**. Nas duas semanas em que estagiei no serviço tive a oportunidade de assistir à implementação deste projeto, uma vez que quando eu cheguei já lá estava uma criança de 8 anos com o diagnóstico de diabetes inaugural há cerca de 3 semanas, mas a família não demonstrava ainda as competências necessárias para assegurar os cuidados de modo autónomo e seguro. Este

projeto, para além das consultas na Associação Protetora dos Diabéticos de Portugal, e do acompanhamento e preparação da equipa escolar por parte do centro de saúde do ACES da criança, resultado de protocolos de parceria anteriores, conta com um passaporte da criança diabética. Este passaporte é uma ferramenta lúdica que contém informação relevante e simplificada, que pode ser consultada a qualquer altura, que abrange desde os métodos de avaliação da glicémia até à descrição do que fazer em casos de hipoglicémia e hiperglicémia. Este passaporte tem objetivos de aprendizagem e a criança pode carimbar as competências adquiridas. É expectável que no fim do internamento a criança tenha todos os itens carimbados, ou seja, possua os conhecimentos básicos indispensáveis para a alta hospitalar.

Esta ferramenta lúdica é assim utilizada para ensinar e brincar, criando a ilusão de que a criança viaja com o seu passaporte pela doença da diabetes, e ganha um carimbo em cada aeroporto do conhecimento. Este brincar na prestação de cuidados de enfermagem enquanto instrumento terapêutico encerra em si uma “(...) intencionalidade terapêutica, de forma a atingir fins terapêuticos (...) e alcançar benefícios para a pessoa que cuidam, desenvolvendo intervenções com intuito não só de promover a sua recuperação, como também de garantir o seu bem-estar atendendo à sua individualidade” (Pereira *et al*, 2010, p.27). O brincar terapêutico propicia ainda o desenvolvimento de mecanismos de *coping* para ultrapassar situações de crise, neste caso a hospitalização, influenciando o “(...) restabelecimento físico e emocional da criança, possibilitando uma vivência mais alegre e menos traumatizante e reduzindo as respostas de stress da mesma durante esse período” (Pereira *et al*, 2010, p.27).

Outra área de intervenção do EEESIP no internamento de pediatria relaciona-se com a gestão das emoções negativas desencadeadas pelo medo e o sofrimento das crianças e jovens em contexto hospitalar. Na sua maioria, têm medo de não ter a informação necessária sobre a sua condição de saúde-doença e prognóstico, de perderem o controlo da situação ou de se sentirem abandonadas pelos pais. Mas sobretudo, temem sentir dor relacionada com “(...) as injeções e as análises clínicas (...) têm medo de não acordarem durante a anestesia, de sentirem algo durante a intervenção cirúrgica, de não recuperarem totalmente da doença e de morrerem devido à sua situação de saúde” (Diogo *et al*, 2016, p.43). Na valência de hospital de dia, que ocorre

uma vez por semana neste serviço e em que tive a oportunidade de participar no decorrer do estágio, a criança vive uma experiência de cirurgia em que é exposta a diversos *stressores*, entre eles:

a separação dos pais, a exposição a pessoas, situações e ambientes desconhecidos, o confronto com procedimentos invasivos e dolorosos, a incerteza acerca dos limites e dos comportamentos esperados e aceitáveis, a perda de controlo, de autonomia, das aptidões adquiridas e da privacidade, a ameaça à integridade física (Pereira et al, 2010, p.25).

Foram estes *stressores*, mais especificamente o medo das crianças de sentir dor antes, durante e após a cirurgia, o motivo pelo qual estipulei como objetivo específico neste serviço **“Gerir a dor fazendo uso de terapias adequadas em crianças com doença aguda, crónica e/ou necessidades especiais”**. No serviço de internamento de pediatria, foi criado um projeto em parceria com a consulta de pediatria, com o intuito de minimizar a ocorrência e prevalência de alterações ao nível psicológico, emocional, cognitivo e social na criança relacionados com a cirurgia (Pereira et al, 2010). Este projeto preconizou três momentos chave: 1) consulta de enfermagem prévia ao dia da cirurgia em que é mostrado um vídeo que explica o circuito que a criança faz no dia da cirurgia e são exemplificados os procedimentos que vão ser realizados, entre eles a colocação de penso com creme anestésico EMLA® em casa (disponibilizado pela equipa neste dia) e de um catéter venoso periférico exemplificado em boneca; 2) dia da cirurgia em que tudo o que acontece é previamente explicado de acordo com o que foi conversado no vídeo; 3) consulta de *follow up* telefónica com enfermeira cerca de 24h horas após ida ao bloco. No dia da cirurgia as crianças chegam, inicialmente curiosas e ainda receosas, mas na sua maioria quando entram no serviço e começam a percorrer as salas e a ser submetidas aos procedimentos, vão identificando o que viram no vídeo e revelam uma sensação de maior controlo sobre o que vai acontecer. No dia em que estive no hospital de dia, todas traziam o penso EMLA®, previamente colocado em casa, e o primeiro procedimento realizado foi a pré-sedação inalatória com midazolam numa sala com música e brinquedos, utilizados como medidas não farmacológicas para o alívio da dor ou seja, “ (...) intervenções de carácter psicológico, descritas como eficazes em situação de dor ligeira, procedimentos dolorosos ou como complemento dos analgésicos, uma vez que aumentam o sentimento de controlo da dor e

promovem uma maior autonomia da criança e da família (...) ” (Ordem dos Enfermeiros, 2013, p.13). Consoante o nível no qual se processa a modulação do estímulo doloroso, as estratégias não farmacológicas podem ser classificadas como:

“ (...) comportamentais - Envolvem o ensino de comportamentos que promovam o alívio da dor (...) cognitivas - Utilizam métodos mentais para lidar com a dor (...) cognitivo-comportamentais - Utilizam estratégias de associação, com foco na cognição e no comportamento, que modificam a perceção da dor e melhoram a capacidade de a enfrentar (...) físicas ou periféricas - Permitem diminuir a intensidade do estímulo doloroso, diminuir a reação inflamatória e a tensão muscular (...) suporte emocional - Implica a presença de alguém significativo que proporciona conforto; ambientais - Melhoria das condições ambientais, nomeadamente no que diz respeito à luz, ao ruído, à temperatura e à decoração (...) ” (Ordem dos Enfermeiros, 2013, p.17-18).

Ao sair desta sala de brincadeiras, as crianças eram convidadas a levar um brinquedo, livro ou *tablet* para continuarem distraídas enquanto aguardavam, deitadas num cadeirão numa sala com televisão a emitir desenhos animados, o efeito da sedoanalgesia. Era depois puncionado um acesso venoso periférico e ficavam a aguardar nessa sala até serem chamadas para a cirurgia. Eram depois transportadas para o bloco operatório num carro, sempre na companhia dos pais, sendo sedados antes da cirurgia ainda na presença dos pais e podendo estes estar ao lado deles no momento em que se previa que eles acordassem no recobro. Durante todo este dia foi bastante interessante e enriquecedor compreender a complementaridade de todas estas estratégias farmacológicas e não farmacológicas e sobretudo, testemunhar os efeitos benéficos não só no controlo da dor, mas sobretudo na minimização do medo da cirurgia e do impacto da hospitalização.

Com a observação participante durante a prestação de cuidados diária da enfermeira especialista, aliada à possibilidade de participar na implementação destes dois projetos inovadores implementados por enfermeiros especialistas, pude concretizar o objetivo geral: 1) Desenvolver competências de EEESIP em diferentes contextos e tendo em conta os processos de saúde-doença. No âmbito das competências de EEESIP adquiridas, são de salientar as unidades de competência “E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas”, “E2.4. Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a

uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência” e “E3.4. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p. 19193-94).

O último objetivo específico delineado para este contexto de estágio, **“Capacitar emocionalmente a criança e o jovem para o desenvolvimento de estratégias de *coping* e adoção de comportamentos saudáveis”** pretendia dar resposta ao objetivo geral 2) Desenvolver competências no âmbito da capacitação emocional do adolescente para a prevenção de comportamentos de risco. Para tal, tinha sido planeada a atividade “Elaboração de um guião de entrevista, recomendações na abordagem a adolescentes com comportamentos e intervenções de enfermagem no âmbito da capacitação emocional destes jovens bem como do encaminhamento dos mesmos para recursos existentes na comunidade”. Contudo, e tendo em conta a minha observação crítica e reflexão com a enfermeira orientadora acerca de qual a melhor estratégia para atingir os objetivos optou-se pela elaboração de um “Guia sobre os recursos existentes na comunidade para adolescentes no âmbito da prevenção e promoção da saúde em adolescentes com comportamentos de risco” disponível no apêndice IX (atividade previamente planeada para a Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) e Urgência Pediátrica).

Esta necessidade surgiu depois de múltiplas conversas com adolescentes internados e a equipa de enfermagem, que me permitiram perceber que tanto as atividades como o espaço do internamento estão mais preparados para crianças do que para adolescentes. Isto porque, para além da caracterização dos espaços comuns e a disponibilização de jogos apenas para os mais pequenos, as atividades lúdicas adaptadas às épocas festivas, as brincadeiras semanais com os Doutores Palhaços e o filme semanal exibido no auditório são direcionados para as crianças pré-escolares e escolares. Aliado a isto percebi, nos momentos de conversação com os adolescentes nos quartos, que visavam fomentar a comunicação expressiva de emoções e conhecer quais os fatores e/ou comportamentos de risco, que a grande maioria tinha interesse em realizar algumas das atividades físicas, lúdicas ou de voluntariado disponibilizadas gratuitamente pela câmara aos jovens, mas que a maioria desconhecia a sua existência. Assim, o desenvolvimento deste guia (Apêndice

IX), disponibilizado ao serviço, permitiu não só informar a equipa, mas também disponibilizar uma ferramenta que podem utilizar para despertar o interesse do adolescente na relação com eles. Assim, e recorrendo à escuta ativa, poderão identificar comportamentos de risco, explicar os seus riscos e ensinar acerca de comportamentos promotores da saúde, gratuitos e que vão ao encontro das preferências e áreas de interesse dos adolescentes.

A par de todas estas oportunidades tive ainda a possibilidade de assistir às 1^{as} Jornadas de enfermagem do Departamento da Criança e do Jovem do Hospital Fernando Fonseca “Cuidar, Partilhar e Refletir” (Programa e comprovativo de participação no anexo II).

4.5. Contexto de Unidade de Cuidados na Comunidade

O estágio no contexto de Unidade de Cuidados na Comunidade teve uma duração de quatro semanas, num total de 100h presenciais. Estagiar nos cuidados de saúde primários foi um desafio desde o início que exigiu, para além de uma entrevista à enfermeira orientadora, um estudo da legislação em vigor para atingir os objetivos específicos **“Conhecer a estrutura física e dinâmica organizacional e funcional do serviço”** e acima de tudo **“Conhecer a rede de recursos comunitários de suporte à criança e adolescente com necessidades de saúde e/ou comportamentos de risco da Unidade de Cuidados na Comunidade”**. As unidades de cuidados na comunidade regem-se por normas e decretos próprios e têm como missão “(...) contribuir para a melhoria do estado de saúde da população da sua área geográfica de intervenção, visando a obtenção de ganhos em saúde e concorrendo assim (...) para o cumprimento da missão do ACES em que se integra” (Ministério da Saúde, 2009, p. 15438). Dentro das suas áreas de intervenção contempla:

(...) o apoio psicológico e social, de âmbito domiciliário e comunitário, especialmente às pessoas, famílias e grupos mais vulneráveis, em situação de maior risco ou dependência física e funcional ou doença que requeira acompanhamento próximo, e actua, ainda, na educação para a saúde, na integração em redes de apoio à família e na implementação de unidades móveis de intervenção (Ministério da Saúde, 2009, p. 15438).

No decorrer do estágio tive a oportunidade de participar em projetos, já em vigor, no âmbito dos cuidados domiciliários e comunitários, educação para a saúde e na integração em redes de apoio à família. No âmbito dos cuidados

domiciliários pude participar em consultas de enfermagem a famílias com baixa adesão às consultas no centro de saúde, não só para avaliar as condições e necessidades de saúde, mas sobretudo para perceber quais os motivos da fraca adesão às consultas programas. Foi possível compreender que na maioria das situações eram famílias com baixo rendimento mensal e, por esse motivo, com dificuldades financeiras para assegurar transportes para o centro de saúde. Com estas consultas, foi possível identificar carências de bens-alimentares e vestuário, e ainda diagnosticar perturbações emocionais em diferentes elementos das famílias. Isto permitiu referenciar estas famílias para programas de integração social e comunitária como por exemplo “mercearia do bairro”, “banco do bebé” e “loja de roupa” ou projetos de resposta de intervenção comunitária na área da saúde mental como o “Virar a página”. No que concerne à rede de recursos comunitários de suporte às crianças e jovens com comportamentos de risco, tive a oportunidade de articular com uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) com programas de capacitação parental para pais jovens e programas de alimentação saudável que contam com a participação de enfermeiros e nutricionistas.

No âmbito da saúde escolar, outra das valências desta equipa de enfermagem da UCC, pude assistir a sessões de educação para a saúde numa das escolas a crianças dos 2.º e 3.º ciclos sobre a importância do sono. Depois de assistir a estas sessões, surgiu a oportunidade de também eu planear uma sessão de educação para a saúde numa IPSS, com espaço para atividades de tempo livre para adolescentes com idades entre os 12 e os 17 anos e desenvolver o objetivo específico **“Intervir em programas no âmbito da saúde escolar”**. O tema da sessão derivou da necessidade identificada neste grupo de jovens de promover comportamentos saudáveis na vivência da sua sexualidade e visava desenvolver o meu objetivo geral 2) Desenvolver competências no âmbito da capacitação emocional do adolescente para a prevenção de comportamentos de risco. Esta temática insere-se na área de intervenção “Educação para os afetos e a sexualidade” do programa nacional de saúde escolar (Direção-Geral da Saúde, 2015). De acordo com este programa, a educação para os afetos e sexualidade deve “(...) contribuir para a tomada de decisões responsáveis na área dos relacionamentos afetivo-sexuais, na redução dos comportamentos sexuais de risco e das suas consequências” (Direção-Geral da Saúde, 2015, p.25). Esta sessão intitulada

“Conversar sobre a adolescência, desenvolvimento, afetos e sexualidade tinha como objetivo geral “Promover a reflexão por parte dos adolescentes para a adoção de comportamentos saudáveis na vivência da sua sexualidade”. No seguimento deste, defini 4 objetivos específicos, nomeadamente: 1) Explicar o que são emoções; 2) Identificar as mudanças biofisiológicas, psicológicas e relacionais que ocorrem durante a adolescência; 3) Esclarecer o conceito sexualidade; 4) Descrever as características de uma relação saudável e de uma relação desrespeitosa e abusiva. No apêndice X encontra-se este plano de sessão acompanhado do registo de sessão e avaliação da mesma.

Tive também a oportunidade de participar ativamente nas consultas de enfermagem a adolescentes no Espaço S (Saúde) Juventude da Geração C. Esta consulta é destinada aos adolescentes e jovens entre os 10 e os 30 anos com o intuito de promover o planeamento familiar e fornecer apoio na maternidade na adolescência. As enfermeiras que realizam estas consultas procuram estabelecer uma relação de confiança e ouvir, aceitar e esclarecer dúvidas em temas relacionados com a saúde, sexualidade, crescimento/desenvolvimento e sentimentos. No decorrer das mesmas evitam: substituir os pais, para que os adolescentes não as considerem cúmplices; adotar uma postura dominadora geradora de conflito e ser moralizadoras sob pena de os adolescentes considerarem que estão a ser alvo de crítica quando confidenciam os seus comportamentos (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

No decorrer das consultas fiquei surpreendida não só com a taxa de adesão dos adolescentes às mesmas, mas sobretudo com o facto de recorrerem a ela para esclarecer dúvidas sozinhos, com os namorados ou até mesmo com amigas(os). Nesta consulta, dependendo das queixas que motivavam a ida dos jovens, eram discutidos múltiplos comportamentos de risco, o que me permitiu desenvolver os objetivos específicos **“Identificar situações de risco e evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico na criança e jovem”** e **“Capacitar emocionalmente os adolescentes para o desenvolvimento de estratégias de coping e adoção de comportamentos saudáveis”**. Os adolescentes dirigiam-se a este espaço muitas das vezes para esclarecer dúvidas e pedir orientação para situações de risco. Eram abordadas e discutidas escolhas no âmbito da contraceção, gravidez e planeamento familiar, havendo disponíveis várias pílulas mensais, preservativos femininos e masculinos e pílulas do dia seguinte para fornecer gratuitamente aos

adolescentes. Eram ainda abordadas questões da vivência da sexualidade, mudanças no comportamento alimentar e qualquer outro assunto que sentissem necessidade de ver discutido ou esclarecido no âmbito daquela consulta. Tudo isto era feito com uma abordagem positiva pois, como postulado por Nola Pender no seu modelo “quando emoções ou apresentações positivas estão associadas a um comportamento, a probabilidade de compromisso e a acção aumentam” (Tomey & Alligood, 2004, p. 706). Neste espaço, os adolescentes podiam ainda usufruir de rastreios gratuitos de Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), contribuindo para atingir a meta de saúde para o ano de 2020 de “Diagnosticar 90% das pessoas que vivem com a infeção por VIH; destas, assegurar que 90% estão em tratamento antirretroviral e, destas, que 90% apresentem carga viral suprimida” (Direção-Geral da Saúde, 2017, p.13).

Com a participação em todos estes projetos e a concretização das atividades acima referidas foi possível desenvolver as unidades de competência “E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” e “E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

No geral, considero ter atingido todos os objetivos de estágio planeados, e os objetivos gerais delineados. Dentro das atividades delineadas, é de ressaltar que a atividade “Realização de dossier com os recursos de apoio às crianças e adolescentes em risco existentes nas freguesias abrangidas pela UCC” deu lugar à participação em vários projetos promotores da capacitação emocional dos adolescentes para a adoção de comportamentos saudáveis e à realização da sessão de educação para a saúde referida. De referir ainda que tive a oportunidade de participar em reuniões do Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NACJR) e da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ), o que me permitiu compreender e conhecer quais os sintomas e indicadores de maus tratos físicos, psicológicos/emocionais e abuso sexual.

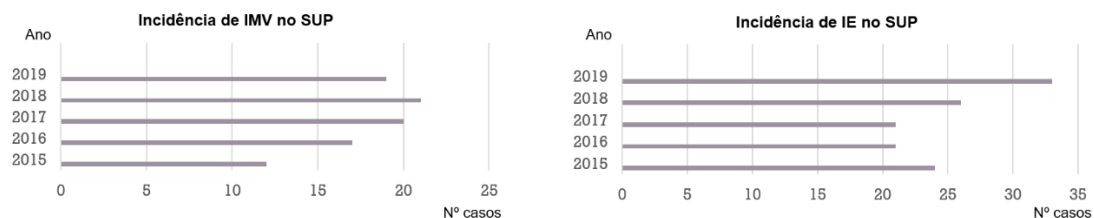
4.6. Contexto de Urgência Pediátrica

O estágio no contexto de Urgência Pediátrica teve uma duração de cinco semanas, num total de 125h presenciais (Apêndice V). Enquanto enfermeira num serviço de urgência pediátrica, a constatação da vivência de emoções como a insegurança, o medo e a ansiedade por parte dos clientes e famílias é uma constatação diária. Dependendo do motivo subjacente a estas emoções e às variáveis da situação percebida, ao refletir sobre a minha prática, que tinha ainda necessidades de desenvolvimento de competências na abordagem aos adolescentes com evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico e comportamentos de risco, muitas vezes associados a quadros inaugurais de psicopatologia.

Na sequência da observação participante realizada nos contextos anteriores procurei mobilizar os conhecimentos e competências adquiridas, procurando desenvolver o objetivo específicos **“Identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico na criança e no jovem”**, em todos os adolescentes a quem prestei cuidados no decorrer do estágio. Para tal procurei, sempre sob orientação da EEESIP, desenvolver a minha sensibilidade vigilante (Diogo, 2015) para identificar o estado emocional dos adolescentes, atentando não só em evidências concretas de mal-estar como ansiedade, irritabilidade ou tristeza, mas também na presença de comportamentos agressivos ou de risco (Santos, 2013). Para identificar este tipo de comportamentos e ainda **“Identificar fatores de risco (na criança e família) que possam desencadear ou perpetuar a adoção de comportamentos de risco”** (outro dos objetivos de estágio delineado) recorremos ao acrónimo HEEADSSS (Home, Education e Employment, Eating, Activities, Drugs, Sexuality, Suicide e Safety) para a colheita de dados (Direção-Geral da Saúde, 2012), um instrumento utilizado mundialmente para entrevistar adolescentes (exemplos de questões disponíveis no Anexo III).

A identificação e compreensão deste tipo de comportamentos é imprescindível para a minha prática diária, uma vez que a incidência de comportamentos de risco nos adolescentes é uma preocupação e uma realidade cada vez mais evidente no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP). As lesões traumáticas e acidentes continuam a ser as causas mais comuns de morte e incapacidade nas crianças e jovens (Hockenberry & Barrera, 2014).

Contudo, verifica-se um aumento da prevalência das perturbações emocionais e de comportamento nesta faixa etária (Direção-Geral da Saúde, 2012). Nos últimos 5 anos, verificou-se um aumento na incidência de situações de Intoxicação Etanólica (IE) e de Intoxicação medicamentosa voluntária (IMV) no SUP em que exerço funções, como demonstrado nos gráficos 1 e 2, com uma mediana de idades de 16 anos e maior prevalência no género feminino.



Legenda: Gráficos 1 e 2 que ilustram a incidência de IMV e IE nos adolescentes do SUP

Tendo em conta as pesquisas e reflexões críticas realizadas com a EEESIP orientadora, foi possível compreender que a adolescência é o período de desenvolvimento com maior suscetibilidade à ocorrência deste tipo de comportamentos de risco, em especial o suicídio que até esta idade não ocorria mas que, “na maioria dos países da Europa (...) embora raro na adolescência, representa a segunda causa de morte de jovens entre os 15 e os 24 anos, depois dos acidentes de viação. Em Portugal, as tentativas de suicídio são (...) bastante frequentes na adolescência, sendo mais frequentes nas raparigas” (Pereira, 2011, p.12). Esta maior suscetibilidade à ocorrência de comportamentos suicidários e de para-suicídio “acto ou comportamento não fatal (...) em que este não tem clara intensão de morrer, mas no qual se arrisca a causar danos a si próprio (...) que pode também ocorrer na sequência de ingestão excessiva de determinadas substâncias” (Pereira, 2011,p.12) pode ser explicada pela maior vulnerabilidade psíquica do adolescente nesta fase. Isto porque:

neste período de transição para a idade adulta, é necessário o adolescente desenvolver um trabalho psíquico de renúncia e luto (do corpo infantil, das imagens parentais idealizadas, do papel infantil e dependente, etc), podendo surgir diversas ameaças, que se intensifica quando surgem constrangimentos nesse processo (Pereira, 2011, p.13).

O reconhecimento destas necessidades emocionais, sociais e espirituais dos adolescentes, por parte dos enfermeiros, é um novo e mais complexo desafio para a relação enfermeiro-cliente (Benner, 2001). Mas é esta relação de parceria e proximidade que permite conhecer as reais necessidades dos

adolescentes, humanizando e personalizando os cuidados. Foi durante a promoção desta relação de confiança que foi possível desenvolver os objetivos de estágio **“Reforçar conhecimentos e comportamentos do adolescente e família relativos à saúde”** e **“Capacitar emocionalmente a criança e o jovem para o desenvolvimento de estratégias de *coping* e adoção de comportamentos saudáveis”**. Para os atingir procurei conversar com eles num ambiente o mais privado possível, uma vez que os adolescentes têm o direito de ser atendidos individualmente, reconhecendo a sua autonomia e individualidade e, simultaneamente, estimulando a responsabilidade pela sua própria saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018). Na comunicação com os adolescentes, utilizei uma comunicação sensível, adequada à sua etapa de desenvolvimento, mobilizando estratégias como a empatia, o respeito e a autenticidade (Diogo, 2015), respeitando a sua cultura e valores e salvaguardando princípios da confidencialidade, privacidade e sigilo. Este ambiente, sentido como afetuoso e seguro por parte do adolescente, permitiu a comunicação expressiva das suas emoções e sentimentos, e a tomada de consciência daquilo que são os seus comportamentos e qual o impacto que têm ou podem ter na sua saúde (Watson, 2012).

Segundo Watson (2012), nesta tomada de consciência e reconhecimento da sua essência, o adolescente reforça a sua autoestima e autoconfiança, que conduzirão à sua autonomia. A aquisição de autonomia e capacidade de autorregulação são tarefas psicossociais do adolescente que influenciam a tomada de decisão e comportamentos (Saewyc, 2014). Por este motivo é que procurei capacitar emocionalmente os adolescentes para o desenvolvimento de estratégias de *coping* que lhes permitissem lidar com situações adversas e, consequentemente, promovessem a adoção de comportamentos saudáveis.

No decorrer do estágio tive a oportunidade de assistir às reuniões do Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NHACJR). Nestas reuniões, foi possível familiarizar-me com a “Ficha de Sinalização para os Cuidados de Saúde Primários, Serviços de Internamento e Consultas externas Hospitalares” (Anexo IV) que permite a qualquer profissional de saúde, que identifique situações de risco psicossocial, desproteção ou mau trato, referenciar esta criança para o NACRJ.

A inexistência de consulta médica do adolescente, por ausência de recursos humanos durante as 18 semanas em que decorreu o meu estágio, e a

possibilidade de num futuro próximo haver contratualização de consulta e/ou internamento de pedopsiquiatria colocou em *standby* a ideia inicial de concluir o estágio com uma proposta de um protocolo de referenciação (para a consulta de adolescente ou NHACJR) para adolescentes com comportamentos de risco. Esta foi uma decisão tomada em conjunto com a enfermeira e a professora orientadoras. Por este motivo, também a atividade “Formação de pares relativamente ao protocolo de referenciação para adolescentes com comportamentos de risco” foi suspensa. Para fazer face a esta impossibilidade, foi planeada uma outra formação aos pares, intitulada “Identificação, capacitação e referenciação da criança e jovem em risco: Intervenção de enfermagem no âmbito da promoção da saúde” (Apêndice XI). Esta formação visava “Motivar os enfermeiros para a identificação, capacitação e referenciação de crianças e jovens em situações de risco e/ou suspeita de maus tratos para o NHACJR”. Durante a sessão de formação, e tendo em conta todo o meu percurso de estágio foi possível: Caracterizar a etapa da adolescência; Definir fatores de risco comportamentais, relacionais e emocionais e comportamentos de risco na adolescência; Situar os fenómenos de maus tratos e comportamentos de risco em crianças e jovens do SUP; Destacar a intervenção do enfermeiro na identificação de situações em que a criança ou jovem possam estar em risco ou se suspeite de maus tratos e Descrever o protocolo de atuação em vigor no SUP para a referenciação de crianças e jovens em risco para o NHACJR.

No contexto da urgência pediátrica considero ter desenvolvido os objetivos gerais: 1) Desenvolver competências de EEESIP em diferentes contextos e tendo em conta os processos de saúde-doença e 2) Desenvolver competências no âmbito da capacitação emocional do adolescente para a prevenção de comportamentos de risco. Desenvolvi ainda as competências de EEESIP “E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” e “E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde” (Ordem dos Enfermeiros, 2018, p.19194). No decorrer dos estágios procurei ainda desenvolver as competências comuns de EE (Ordem dos Enfermeiros, 2019), tentando implementá-las na minha prática enquanto enfermeira no estágio no SUP e no âmbito da minha prática futura enquanto EEESIP, da seguinte forma:

- **Competência A1** “Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional”: procurando desenvolver uma prática baseada na evidência, para promover um exercício profissional seguro, bem como a discussão e interiorização do corpo de conhecimento ético deontológico do EEESIP, para a tomada de decisão.
- **Competência A2** “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais”: desenvolvendo uma prática de cuidados holísticos e tendo em conta a individualidade cultural e social dos indivíduos, ou seja a prestação de cuidados de acordo com os direitos contemplados na Declaração Universal dos Direitos da Criança.
- **Competência B1** “Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica”: através da participação e colaboração nos projetos em desenvolvimento nos diferentes serviços e ainda a realização de ferramentas de melhoria dos cuidados de enfermagem solicitadas pelas enfermeiras orientadoras nos diferentes contextos de estágio.
- **Competência B2** “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua”: começando pela avaliação contínua dos meus pontos de melhoria enquanto EEESIP e culminando com a formação de pares para a implementação de programas de melhoria contínua.
- **Competência B3** “Garante um ambiente terapêutico e seguro”: competência desenvolvida através da promoção de um ambiente de cuidados promotores do desenvolvimento na neonatologia e da gestão do ruído, privacidade e condições ambientais durante a realização de intervenções ou conversação com os clientes, garantindo a sua segurança e bem-estar.
- **Competência C1** “Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde”: competência desenvolvida sobretudo no âmbito da gestão de cuidados (meus e dos pares) promotores da capacitação emocional dos adolescentes para a adoção de comportamentos saudáveis.
- **Competência C2** “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados”: desenvolvida

sobretudo no meu contexto da prática profissional, procurando gerir os cuidados, integrando intervenções no âmbito da capacitação emocional dos adolescentes, para a melhoria da qualidade dos cuidados.

- **Competência D1** “Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade”: competência desenvolvida em todos os contextos de estágio, durante reflexões críticas sobre a prática, sozinha ou com a enfermeira orientadora, em que consegui identificar não só o que devo melhorar no estabelecimento da relação terapêutica com o cliente, quebrando estereótipos, mas também na relação com os pares para a melhoria da comunicação organizacional e trabalho em equipa com os mesmos.
- **Competência D2** “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica”: desenvolvida em todos os contextos de estágio através da pesquisa de evidência científica relevante, válida, atual e pertinente para a fundamentação contínua da minha prática.

(Ordem dos Enfermeiros, 2019, p.4746-4750)

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Desde a licenciatura que a temática dos estilos de vida e comportamentos de risco, aliados à importância da gestão emocional para a obtenção de ganhos em saúde, são a minha principal área de interesse. Isto, aliado à realidade crescente de adolescentes com complicações de saúde desencadeadas por comportamentos de risco e o potencial de melhoria, identificado no meu autodiagnóstico de competências de EEESIP, no âmbito da capacitação emocional de adolescentes para a promoção da sua autoestima e autoconceito e, conseqüentemente, promoção da saúde, desencadearam a escolha da temática para o projeto de estágio.

No final deste percurso de 18 semanas, em 6 contextos de estágio, considero ter atingido os objetivos gerais e específicos estabelecidos e adquirido as competências, comuns e específicas, inerentes ao título de Enfermeiro Especialista e Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. A operacionalização do projeto de estágio delineado e conseqüente redação do presente relatório, tiveram implicações para a minha prática de cuidados em enfermagem pediátrica, implicações para a formação e, de certo modo, implicações no âmbito da investigação.

No que diz respeito às **implicações na prática** de cuidados em enfermagem pediátrica, considero que sou atualmente uma enfermeira com maior competência científica, técnica e humana, capaz de prestar cuidados de enfermagem avançada, com segurança e competência, satisfatórios para a criança, o jovem e a família. Cuidados holísticos e capazes de responder globalmente ao mundo da criança, dando resposta às suas reais necessidades de cuidado, através de intervenções intencionais e com elevado potencial terapêutico. Potencial terapêutico no âmbito da prestação de cuidados centrados no desenvolvimento dos neonatos, promoção do crescimento e desenvolvimento de crianças e jovens e deteção precoce de situações com potencial danoso para a saúde ou gestão do bem-estar da criança/família. Tendo em conta o tema do projeto, e a problemática subjacente à escolha do mesmo, permitiu ainda desenvolver competências no âmbito da capacitação emocional de crianças e jovens para a adoção de comportamentos de saúde (Ordem dos Enfermeiros, 2018; Ordem dos Enfermeiros, 2019).

Para adquirir todas estas competências, previstas no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (2019) e no Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (2018), foi essencial desenvolver diferentes atividades tidas como experiências gratificantes, e de aprendizagem, nos vários contextos de estágio. No contexto de neonatologia destaco a participação no projeto “Oficina do Cuidar” e reflexão na prática sobre a prestação de cuidados centrados no desenvolvimento e promotores da esperança realista. No contexto de pedopsiquiatria é de ressaltar a participação nas sessões de educação para a saúde a crianças, jovens e pais e, sobretudo, a realização da sessão de educação para a saúde “Conversar sobre o risco para viver Feliz(mente)”. No contexto de consulta de pediatria realço a aplicação da Escala de *Mary Sheridan* para a avaliação de desenvolvimento e a realização e utilização, no decorrer das consultas, da ferramenta educativa desenvolvida para a capacitação dos pais de crianças com PHDA. No contexto do internamento de pediatria destaco a realização do guia dos recursos de apoio às crianças e adolescentes em risco existentes nas freguesias Cascais-Estoril e Alcabideche para a promoção da adoção de comportamentos saudáveis por parte das crianças e jovens. No contexto da unidade de cuidados na comunidade realço as atividades na comunidade que me permitiram conhecer as suas características e reais necessidades, bem como a realização da sessão de educação para a saúde “Conversar sobre a adolescência, desenvolvimento, afetos e sexualidade”. Por fim, no contexto de urgência pediátrica destaco a participação e compreensão dos NHACJR, NACJR e CPCJ bem como a formação aos pares “Identificação, capacitação e referência da criança e jovem em risco: Intervenção de enfermagem no âmbito da promoção da saúde”.

Em suma, o desenvolvimento de todas as atividades descritas nos diferentes contextos de estágio, permitiram atingir os objetivos preconizados e adquirir os conhecimentos, competências, capacidades e habilidades previstas para a prestação de cuidados diferenciados enquanto futura EEESIP, visando a maximização do potencial de saúde das crianças e jovens, em especial no que concerne à adoção de comportamentos saudáveis por parte dos adolescentes.

Relativamente às **implicações para a formação**, o meu percurso de estágio foi propício, em diferentes momentos e contextos, à formação de

adolescentes e de pares, como descrito no capítulo anterior. A nível pessoal, permitiu a minha formação enquanto EEESIP e a aquisição de competências que me permitem agora prestar cuidados diferenciados, competentes e baseados na evidência científica.

Por fim, considero que a temática principal em estudo apresenta um vasto **potencial para a investigação**, na medida em que é uma área com pouca produção científica, nomeadamente em Portugal, que sustente a sua importância e valor terapêutico para a prática de enfermagem. Por esse motivo, pretendo realizar a *scoping review* prevista no protocolo realizado. Este percurso desafiante despertou a vontade de prosseguir no meu currículo académico para um doutoramento em enfermagem nesta área de investigação.

Enquanto **projeto de intervenção futuro**, planeio elaborar um protocolo de referenciação das crianças e jovens com comportamentos de risco, admitidos no serviço de urgência pediátrica em que exerço funções enquanto enfermeira, para a consulta do adolescente, serviço de pedopsiquiatria e/ou NHACJR.

6. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I. & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, Estágios Clínicos e Desenvolvimento de Competências. *Texto Contexto Enfermagem*, 14 (3), 378-382.
- Bandura, A.; Azzi, R. & Polydoro, S. (2008). *Teoria Social Cognitiva: Conceitos Básicos*. Porto Alegre: Artmed.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito: Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. Coimbra: Quarteto Editora.
- Caeiro, M. J. F. (2013). *Um olhar sobre as Emoções no cuidar em enfermagem: o trabalho emocional com o adolescente hospitalizado*. (Relatório de Estágio). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Coelho, J. L. J. C. C. (2014). *Ser adolescente hoje: intervenções de enfermagem para capacitar emocionalmente para a adoção de comportamentos saudáveis*. (Relatório de Estágio). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Lisboa.
- Coughlin, M. (2014). *Transformative Nursing in the NICU. Trauma-Informed Age-Appropriate Care*. New York, United States of America: Springer Publishing Company.
- Coughlin, M. (2016). *Trauma-Informed Care in the NICU. Evidence-based practice guidelines for neonatal clinicians*. New York, United States of America: Springer Publishing Company.
- Direção Geral de Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: Mais saúde para todos, Vol. II – Orientações Estratégicas*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2005). *Saúde dos jovens em Portugal: elementos de caracterização*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2006). *Programa Nacional de Saúde dos Jovens 2006-2010*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral de Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral de Saúde (2015). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2017). *Programas de Saúde Prioritários Metas de Saúde 2020*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.

- Direção-Geral da Saúde (2018a). *Saúde Infantil e Juvenil Portugal*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Direção-Geral da Saúde (2018b). *Rede de Referência Hospitalar. Psiquiatria da Infância e da Adolescência*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho Emocional com as Emoções em Enfermagem Pediátrica: Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Ato de Cuidar*. Loures: Lusodidacta.
- Diogo, P.; Vilelas, J.; Rodrigues, L. & Almeida, T. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar Enfermagem*, 20 (2), 26-46.
- Ferreira, S. M. O. (2014). *Promoção da Saúde na Prevenção de Comportamentos de risco para a saúde na adolescência*. (Relatório de estágio). Instituto politécnico de Santarém da Escola Superior de Saúde de Santarém, Santarém.
- Gaspar, M.F.R.F. (s.d.). *“Mais Família, Mais Jovens” – Um programa grupal de educação parental para pais de jovens dos 9 aos 18 anos*. Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação da Universidade de Coimbra.
- Gibbs G. (1988). *Learning by doing: A guide to teaching and learning methods*. Oxford: Further Education Unit - Oxford Polytechnic.
- Hockenberry, M.J. & Barrera, P. (2014). Capítulo 1: Perpetivas de Enfermagem Pediátrica in M. Hockenberry & D. Wilson (2014). *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (784-823). (A. P. Fonseca, Trad.) (9ª Ed), Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, 9th Edition, 2011, Missouri: Mosby Elsevier).
- Leal, D.; Marques, J.; Vaz, P.; Pereira, S. & Matos, A. (2015). Recusa Escolar em Adolescentes: Caracterização e Situação 27 a 60 meses após a admissão em Hospital de Dia. *PsiLogos*, 13 (2), 12-23.
- Lei n.º 57/2008 (2009). *Regulamento da Organização e do Funcionamento da Unidade de Cuidados na Comunidade*, aprovada pelo Decreto-Lei n.º 28/2008, de 16 de Abril. Ministério da Saúde. Diário da República II Série (n.º 74), 15438-15440.
- Lei n.º 156/2015 (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Regulamento n.º 140/2019, de 6 de Fevereiro. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República II Série (n.º 26), 4744- 4750.

- Lei n.º 156/2015 (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Regulamento n.º 422/2018, de 12 de Julho. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República II Série (n.º 122), 19192- 19194.
- Leite, I. C., Rodrigues, R. N., & Fonseca, M. C. (2004). Fatores associados com o comportamento sexual e reprodutivo entre adolescentes das regiões Sudeste e Nordeste do Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 20 (2), 474-481.
- Loureiro, I. & Miranda, N. (2010). *Promover a Saúde, dos Fundamentos à Ação*. Coimbra: Almedina.
- Lucas, I.; Vilelas, J.; Xavier, S.; Diogo, P.; Almeida, T.; Caeiro, M. J.; & Fonseca, R. (2017). Gestão Emocional e Comportamentos de risco no Adolescente: Intervenção do Enfermeiro em Educação para a Saúde in Diogo, P. (2017) *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem - Projeto Multiestudos* (105-148). Loures: Lusodidacta.
- Matos, M. G. & Equipa Aventura Social (2018). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses após a Recessão*. Lisboa: Health Behaviour in School-Aged Children.
- Molinatti, F. & Peláez, E. (2012). Los patrones espaciales de los comportamientos de riesgo en la ciudad de Córdoba (Argentina) – 2001. *Revista Brasileira de Estudos Populacionais*, 29 (1), 37-52.
- Murdaugh, C. L.; Parsons, M. A. & Pender, N.J. (2019). *Health Promotion in Nursing Practice* (8ª ed.). New York: Pearson Education.
- ONU – Organização das Nações Unidas (1989). A Convenção sobre os Direitos da Criança. Disponível em: http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. I Série, 3(1). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Guia Orientador de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Cadernos OE. I Série, 3(6).

- Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática Estratégias não Farmacológicas no Controlo da Dor na Criança*. Cadernos OE. I Série 1(6).
- Ordem dos Enfermeiros (2015). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Papália, D.E.; Olds, S. W. & Feldman, R. D. (2009). *Human development* (11.^a Ed). New York: McGraw-Hill.
- Paula, J.A.; Melo, M.C.S.C.; Amorim, T.V.; Salimena, A.M.O.; Paiva, A.C.P.C. & Nascimento, R.C.N. (2020). Subjetividades de adolescentes face à promoção da saúde: contribuições para a enfermagem. *Revista Cuidarte*, 11(1), 1-10.
- Peixoto, N. M. S. M. & Peixoto, T. A. S. M. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, IV Série (11), 121-132.
- Pereira, A.M.; Nunes, J.; Teixeira, S. & Diogo, P. (2010). Gestão do Estado Emocional da Criança (dos 6 aos 8 anos) através da Actividade de Brincar: Analisando o Cuidado de Enfermagem em Contexto de Internamento de Pediatria. *Pensar Enfermagem*, 14 (1), 24-38.
- Pereira, C. (2011). Risco Suicidário em Jovens: Avaliação e Intervenção em Crise. *PsiLogos*. 9 (1), 11-23.
- Pereira, G. J. F. C. (2016). *Adolescente em Risco*. (Relatório de estágio). Universidade Católica Portuguesa, Lisboa.
- Saewyc, E. M. (2014). Capítulo 19: Promoção da Saúde do Adolescente e da Família in M. Hockenberry & D. Wilson (2014). *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (784-823). (A. P. Fonseca, Trad.) (9^a Ed), Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, 9th Edition, 2011, Missouri: Mosby Elsevier).
- Salavessa, M. & Vilariça, P. (2009). Problemas de sono em idade pediátrica. *Revista Portuguesa de Clínica Geral*, 25, 584-591.
- Santos, S.; Santos, E.; Ferrão, A. & Figueiredo, C. (2011). Impacto da doença crónica na adolescência. *Nascer e Crescer*, XX (1), 16-19.
- Santos, M.C. (2013). *Problemas de Saúde Mental em Crianças e Adolescentes: Identificar, Avaliar e Intervir*. Lisboa: Edições Sílabo.

- Serrano, M.T.P.; Costa, A.S.M.C. & Costa, N.M.V.N. (2011). Cuidar em Enfermagem: como desenvolver a (s) competência (s). *Revista de Enfermagem Referência*. III (3), 15-23.
- Silva, C. A. F. S. (2016). *Programa de Prevenção de Comportamentos de Risco e Promoção de uma Cidadania Saudável: Alinhadas?*. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia: Escola de Psicologia e Ciências, Lisboa.
- Sousa, M. R. G.; Landeiro, M. J. L.; Pires, R. e Santos, C. (2011). *Coping e adesão ao regime terapêutico*. *Revista de Enfermagem Referência*, III Série (4), 151-160.
- Teixeira, G. (2006). *Transtornos Comportamentais na Infância e Adolescência*. Rio de Janeiro: Rubio
- Tomey, A.M. & Aligood, M.R. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a sua obra Modelos e Teorias de Enfermagem* (5th ed). Loures: Lusociência.
- Townsend, M.C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrica: Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. (6^a Ed), Loures: Lusociência
- Watson, J. (2012). *Human caring science: a theory of nursing*. 2nd ed. London: Jones and Bartlett Learning.
- World Health Organization (2018). *Situation of Child and adolescent health in Europe*. Copenhaga: World Health Organization
- Xarepe, F.; Costa, I.F. & Morgado, M. R. O. (2017). *O Risco e o Perigo na Criança e na Família*. Lisboa: Pactor.
- Xavier, S.; Klut, C.; Neto, A.; Ponte, G. & Melo, J. C. (2013). O Estigma da Doença Mental: que caminho percorremos?. *PsiLogos*, 11 (2), 10-21.
- Zappe, J. G., Alvez, C.F. e Dell'Aglio, D. D. (2018). Comportamentos de risco na adolescência: revisão sistemática de estudos empíricos. *Psicologia em Revista*, 24 (1), 79-100.

APÊNDICES

Apêndice I: Autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem,
baseado nas competências do Enfermeiro Especialista em
Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Desenvolvimento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista

Autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem

Competência A1 — Desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional.

Descritivo: O Enfermeiro Especialista demonstra um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica. A competência assenta num corpo de conhecimento no domínio ético -deontológico, na avaliação sistemática das melhores práticas e nas preferências do cliente.

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s no meu exercício profissional	Nível de competência auto percebido <1 >4
A1.1 — Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas. A1.1.1 — Constrói as estratégias de resolução de problemas em parceria com o cliente. A1.1.2 — Suporta a tomada de decisão em juízo baseado no conhecimento e experiência. A1.1.3 — Participa na construção da tomada de decisão em equipa. A1.1.4 — Seleciona as respostas mais apropriadas a partir de um amplo leque de opções. A1.1.5 — Orienta a tomada de decisão na observância da deontologia profissional. A1.1.6 — Integra elementos de enquadramento jurídico no julgamento de enfermagem. A1.1.7 — Promove o exercício profissional de acordo com a deontologia profissional, na equipa de enfermagem onde está inserido.	Considero, na minha prática diária enquanto enfermeira, desenvolver um exercício profissional de acordo com a deontologia inerente à profissão. Uma intervenção junto da equipa multidisciplinar assente no respeito pelas normas e valores da profissão e da instituição, agindo sempre no melhor interesse do cliente.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 2 3 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 2 3 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 2 3 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 2 3 4
A1.2 — Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade. A1.2.1 — Desempenha o papel de consultor quando os cuidados requerem um nível de competência correspondente à sua área de especialidade. A1.2.2 — Recolhe contributos para a análise dos fundamentos das tomadas de decisão. A1.2.3 — Suscita a reflexão sobre os processos de tomada de decisão. A1.2.4 — Reconhece a sua competência na área da sua especialidade.	Enquanto segundo elemento de uma equipa existe, por vezes, a necessidade de liderar equipas e tomar decisões. Contudo, e porque ainda está a decorrer a minha formação enquanto enfermeira especialista em pediatria, considero que apenas quando a terminar estarei apta a que me reconheçam competência nesta área e possa assim assumir o papel de consultora em situações que apresentem maior nível de complexidade.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 2 3 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 2 3 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 2 3 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 2 3 4

A1.3 — Avalia o processo e os resultados da tomada de decisão. A1.3.1 — Afere os resultados das tomadas de decisão com o processo e a ponderação realizada. A1.3.2 — Fomenta a avaliação e partilha dos resultados dos processos de tomada de decisão.	Procuo desenvolver diariamente uma prática planeada e ponderada, fazendo avaliações de risco e de resultados, para uma tomada de decisão consciente. Desenvolvo ainda uma prática reflexiva sistemática sobre as minhas ações e decisões enquanto enfermeira para atingir uma melhoria continua e resultados mais satisfatórios, para o cliente e para mim, em situações de cuidados futuras de cariz semelhante. Devo melhorar a partilha dos resultados dos processos de tomada de decisão e de reflexão sobre os mesmos com os colegas.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios	1	2	3	4
		Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito	1	2	3	4
		Experiência de mobilização em situação clínica	1	2	3	4
		Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial)	1	2	3	4

Competência A2 — Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

Descritivo: O Enfermeiro Especialista demonstra uma prática que respeita os direitos humanos, analisa e interpreta as situações específicas de cuidados especializados, gerindo situações potencialmente comprometedoras para os clientes.

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s no meu exercício profissional	Nível de competência auto percecionado				
A2.1 — Promove a proteção dos direitos humanos. A2.1.1 — Assume a defesa dos Direitos Humanos, conforme deontologia profissional. A2.1.2 — Assegura o respeito pelo direito dos clientes no acesso à informação. A2.1.3 — Assegura a confidencialidade e a segurança da informação escrita e oral adquirida enquanto profissional. A2.1.4 — Fomenta o respeito pelo direito do cliente à privacidade. A2.1.5 — Assegura o respeito do cliente à escolha e à autodeterminação no âmbito dos cuidados especializados e de saúde. A2.1.6 — Assegura o respeito pelos valores, costumes, as crenças espirituais e as práticas específicas dos indivíduos e grupos.	Considero ter uma prática de cuidados no respeito da individualidade e privacidade do cliente, atentando na proteção dos direitos humanos. O facto de a instituição em que exerço funções ter uma preocupação significativa com o sigilo e segurança do cliente, defendendo a utilização exclusiva de informação eletrónica com medidas que a certificam como um “hospital sem papel”, propicia ainda mais a minha prática confidencial e promotora dos direitos de sigilo. Devo melhorar e aprofundar os meus conhecimentos sobre crenças espirituais e práticas específicas de indivíduos e grupos para poder ter uma abordagem mais holística no âmbito da prestação de cuidados.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios	1	2	3	4
		Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito	1	2	3	4
		Experiência de mobilização em situação clínica	1	2	3	4
		Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial)	1	2	3	4

A2.2 — Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente. A2.2.1 — Analisa a informação com a finalidade de aumentar a segurança das práticas, nas dimensões ética e deontológica. A2.2.2 — Implementa medidas de prevenção e identificação de práticas de risco. A2.2.3 — Adota conduta antecipatória, garantindo a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente. A2.2.4 — Acompanha incidentes de prática insegura para prevenir recorrência.	Enquanto elo de ligação da PPCIRA com um papel ativo na formação no âmbito do controlo de infeção e segurança do cliente, considero estar apta a gerir as práticas de cuidados de modo a fomentar a segurança, a privacidade e a dignidade dos clientes. Também a utilização de escalas de avaliação de risco e a obtenção de consentimento informado por parte dos familiares e/ou cliente promove a segurança e dignidade dos mesmos. Devo melhorar, no decorrer dos estágios no âmbito da especialidade, a minha capacidade de prestar cuidados antecipatórios.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios	1	2	3	4
		Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito	1	2	3	4
		Experiência de mobilização em situação clínica	1	2	3	4
		Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial)	1	2	3	4

Competência B1— Garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica.

Descritivo: O Enfermeiro Especialista colabora na conceção e operacionalização de projetos institucionais na área da qualidade e participa na disseminação necessária à sua apropriação, até ao nível operacional.

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s no meu exercício profissional	Nível de competência auto percecionado
B1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade. B1.1.1 — Detém conhecimentos avançados sobre as diretivas na área da qualidade e em melhoria contínua. B1.1.2 — Divulga experiências avaliadas como sendo de sucesso. B1.1.3 — Promove a incorporação dos conhecimentos na área da qualidade na prestação de cuidados.	Ao realizar uma prática reflexiva dos cuidados prestados e uma pesquisa sistemática de evidência científica, fazendo um investimento contínuo na formação, considero ter a possibilidade de mobilizar conhecimentos atuais na prática de cuidados diária. A transmissão de informação no final do turno através da mnemónica ISBAR contribui também para assegurar a continuidade de cuidados. A responsabilidade de integrar novos colegas no serviço e formar alunos da especialidade dá-me ainda a possibilidade de ensinar e formar e assim, a médio longo prazo, contribuir para a incorporação de conhecimentos nos colegas e alunos para a garantia de uma melhoria contínua da qualidade dos cuidados. Devo melhorar no sentido de adquirir mais conhecimentos sobre as diretrizes vigentes na organização.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios
		1 2 3 4
		Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito
		1 2 3 4
		Experiência de mobilização em situação clínica
		1 2 3 4
		Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial)
		1 2 3 4

B1.2 — Orienta projetos institucionais na área da qualidade.		Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios
B1.2.1 — Participa na definição de metas para a melhoria da qualidade dos cuidados ao nível organizacional.	Enquanto elo de ligação da PPCIRA desenvolvo uma intervenção ativa na discussão, definição e reformulação de protocolos no âmbito do controlo de infeção para a melhoria contínua dos cuidados, minimização do erro e ainda na maximização da utilização eficiente de recursos.	1 2 3 4
B1.2.2 — Agiliza a análise e o planeamento estratégico da qualidade dos cuidados.	Colaborei na realização do protocolo de isolamento e transporte de crianças com infeção respiratória por vírus sincicial respiratório ou influenza A/B positivo.	Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito
B1.2.3 — Colabora na realização de atividades na área da qualidade e em protocolos da qualidade com outras instituições.	Procurarei integrar equipas responsáveis pelo desenvolvimento de novos projetos no âmbito da melhoria da qualidade.	1 2 3 4
B1.2.4 — Coopera na comunicação de resultados das atividades institucionais na área da qualidade aos enfermeiros e gestores.		Experiência de mobilização em situação clínica
		1 2 3 4
		Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial)
		1 2 3 4

Competência B2 — Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua.

Descritivo: O Enfermeiro Especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua.

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s no meu exercício profissional	Nível de competência auto percebido <1 >4
B2.1 — Avalia a qualidade das práticas clínicas. B2.1.1 — Usa evidência científica e normas necessárias para a avaliação da qualidade. B2.1.2 — Utiliza indicadores e instrumentos adequados para avaliação das práticas clínicas. B2.1.3 — Integra auditorias clínicas. B2.1.4 — Analisa os resultados da avaliação efetuada.	Integração de auditorias da qualidade e segurança dos cuidados no âmbito das minhas funções enquanto elo de ligação da PPCIRA. Potencial de melhoria na utilização de normas, mobilização de indicadores e instrumentos para a avaliação da qualidade e consequente análise dos resultados obtidos.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 2 3 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 2 3 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 2 3 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 2 3 4
B2.2 — Planeia programas de melhoria contínua. B2.2.1 — Identifica oportunidades de melhoria. B2.2.2 — Estabelece prioridades de melhoria. B2.2.3 — Seleciona estratégias de melhoria. B2.2.4 — Agiliza a elaboração de guias orientadores de boa prática. B2.2.5 — Fomenta a implementação de programas de melhoria contínua da qualidade.	Participação nos projetos de melhoria contudo, considero que deverei no futuro procurar ser também eu um agente de mudança participando mais ativamente na identificação de oportunidades de melhoria.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 2 3 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 2 3 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 2 3 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 2 3 4
B2.3 — Lidera programas de melhoria contínua. B2.3.1 — Supervisiona os processos de melhoria e o desenvolvimento da qualidade. B2.3.2 — Incrementa a normalização e a atualização de soluções eficazes e eficientes.	Para além de melhorar a minha capacidade de participar nos projetos quero, enquanto segundo elemento de equipa, assumir um papel mais ativo na liderança, supervisão e incrementação de medidas de melhoria da qualidade.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 2 3 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 2 3 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 2 3 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 2 3 4

Competência B3 — Garante um ambiente terapêutico e seguro.

Descritivo: O Enfermeiro Especialista reconhece que a melhoria da qualidade envolve a avaliação das práticas e, em função dos seus resultados, a eventual revisão das mesmas e a implementação de programas de melhoria contínua.

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s no meu exercício profissional	Nível de competência auto percebido
B3.1 — Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/ grupo. B3.1.1 — Fomenta a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais, como parte das percepções de segurança de um indivíduo/grupo. B3.1.2 — Envolve a família e outros no sentido de assegurar a satisfação das necessidades culturais e espirituais. B3.1.3 — Assegura a aplicação dos princípios relevantes para garantir a segurança da administração de substâncias terapêuticas pelos pares. B3.1.4 — Assegura a aplicação dos princípios da ergonomia e tecnológicos para evitar danos aos profissionais e aos utentes. B3.1.5 — Fomenta a adesão à saúde e segurança ocupacional. B3.1.6 — Incrementa a adoção de medidas para a segurança de dados e de registos.	Considero desenvolver uma intervenção de enfermagem ancorada nas filosofias do cuidado centrado na família e da parceria de cuidados, respeitando a sua individualidade e potenciando o <i>empowerment</i> das mesmas. Adoto medidas e princípios promotores da segurança dos cuidados, dados e registos, evitando causar danos ou cometer erros que comprometam a saúde e/ou qualidade de vida dos clientes ou bem-estar dos profissionais. Devo melhorar e aprofundar os meus conhecimentos sobre crenças espirituais e práticas específicas de indivíduos e grupos para poder ter uma abordagem mais holística no âmbito da prestação de cuidados.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 2 3 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 2 3 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 2 3 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 2 3 4
B3.2 — Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais. B3.2.1 — Colabora na definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros. B3.2.2 — Envolve os colaboradores na gestão do risco. B3.2.3 — Previne os riscos ambientais. B3.2.4 — Fomenta o recurso a mecanismos formais para a participação dos incidentes, avaliação das consequências e investigação das causas, sem atribuição de culpa. B3.2.5 — Cooperar na organização do trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano. B3.2.6 — Participa na criação de mecanismos formais que permitam avaliar a efetividade das estratégias, planos e processos da gestão do risco. B3.2.7 — Colabora na elaboração de planos de manutenção preventiva de instalações, materiais e equipamentos. B3.2.8 — Coordena a implementação e manutenção de medidas de prevenção e controlo da infeção. B3.2.9 — Colabora na elaboração de planos de emergência e de catástrofe	Apesar de não ter uma ação oficial no grupo institucional responsável pela gestão de risco, contribuo ativamente através da diminuição e triagem de resíduos, poupança de energia e papel e colaboração na definição de recursos adequados. Notifico incidentes, ou situações de quase erro, na plataforma online prevista para o efeito com o intuito de melhorar práticas de cuidados e promover o desenvolvimento de protocolos e normas para aumentar a segurança nos mesmos. Tenciono, numa ação futura, colaborar mais ativamente na elaboração de planos estratégicos de emergência, catástrofe e de implementação de medidas de prevenção do erro e do risco.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 2 3 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 2 3 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 2 3 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 2 3 4

Competência C1 — Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipe e a articulação na equipe de saúde.

Descritivo: O Enfermeiro Especialista realiza a gestão dos cuidados, otimizando as respostas de enfermagem e da equipe de saúde, garantindo a segurança e qualidade das tarefas delegadas.

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s profissional	no	meu	exercício	Nível de competência auto percebido
C1.1 — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão. C1.1.1 — Disponibiliza assessoria aos enfermeiros e à equipa. C1.1.2 — Colabora nas decisões da equipa de saúde. C1.1.3 — Melhora a informação para a tomada de decisão no processo de cuidar. C1.1.4 — Reconhece quando deve “negociar com” ou “referenciar para” outros prestadores de cuidados de saúde.	Na minha prática diária procuro transmitir informação pertinente e relevante de modo sucinto através da mnemónica ISBAR e participar ativamente nas decisões referentes aos clientes e família em parceria com a equipa multidisciplinar. Procurarei melhorar, no meu serviço, os critérios de referenciação de crianças e jovens para outros profissionais ou serviços, em diferentes situações de doença, para possibilitar uma ação integrada e individualizada às suas necessidades.				Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios
					1 2 3 4
					Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito
					1 2 3 4
					Experiência de mobilização em situação clínica
					1 2 3 4
					Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial)
					1 2 3 4
C1.2 — Supervisiona as tarefas delegadas, garantindo a segurança e a qualidade. C1.2.1 — Orienta a decisão relativa às tarefas a delegar. C1.2.2 — Cria guias orientadores das tarefas a delegar. C1.2.3 — Utiliza uma variedade de técnicas diretas ou indiretas tais como a instrução ou a demonstração prática das tarefas a delegar. C1.2.4 — Avalia a execução das tarefas delegadas	Desenvolvo um trabalho em equipa com colegas, médicos e assistentes operacionais, participando ativamente na orientação de alunos e integração de colegas. Sempre que delego a execução de uma tarefa em pessoal funcionalmente dependente, nomeadamente os assistentes operacionais, confirmo a competência para a sua execução, supervisiono e valido a realização da mesma.				Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios
					1 2 3 4
					Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito
					1 2 3 4
					Experiência de mobilização em situação clínica
					1 2 3 4
					Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial)
					1 2 3 4

Competência C2 — Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Descritivo: O Enfermeiro Especialista, na gestão dos cuidados, adequa os recursos às necessidades de cuidados, identificando o estilo de liderança mais adequado à garantia da qualidade dos cuidados.

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s no meu exercício profissional	Nível de competência auto percebido <1 >4
C2.1 — Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados. C2.1.1 — Aplica a legislação, políticas e procedimentos de gestão de cuidados. C2.1.2 — Implementa métodos de organização do trabalho adequados. C2.1.3 — Coordena a equipa de prestação de cuidados. C2.1.4 — Negoceia recursos adequados à prestação de cuidados de qualidade. C2.1.5 — Utiliza os recursos de forma eficiente para promover a qualidade.	Considero demonstrar competências no desenvolvimento de trabalho em equipa e utilização de recursos de modo eficiente, apresentando ainda potencial de melhoria na coordenação de equipas de prestação de cuidados.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 2 3 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 2 3 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 2 3 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 2 3 4
C2.2 — Adapta o estilo de liderança, do local de trabalho, adequando-o ao clima organizacional e favorecendo a melhor resposta do grupo e dos indivíduos. C2.2.1 — Reconhece os distintos e interdependentes papéis e funções de todos os membros da equipa. C2.2.2 — Fomenta um ambiente positivo e favorável à prática. C2.2.3 — Aplica estratégias de motivação da equipa para um desempenho diferenciado. C2.2.4 — Adapta o estilo de liderança à maturidade dos colaboradores e às contingências. C2.2.5 — Usa os processos de mudança para influenciar a introdução de inovações na prática especializada.	Nos meus 4 anos de experiência profissional já tive a oportunidade de trabalhar em diferentes contextos de prestação de serviços desde unidades de cuidados continuados, unidades de cuidados intensivos, cuidados domiciliários e serviço de urgência. Por este motivo tenho a capacidade de me adaptar a diferentes estilos de liderança e clima organizacional, com maior rapidez de adequação da minha ação e intervenção de acordo com o preconizado. As competências adquiridas no âmbito do meu mestrado de gestão em enfermagem permitem a mobilização de estratégias de motivação e capazes de influenciar no sentido da mudança.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 2 3 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito. 1 2 3 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 2 3 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 2 3 4

Competência D1 — Desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

Descritivo: O Enfermeiro Especialista demonstra a capacidade de autoconhecimento, que é central na prática de enfermagem, reconhecendo que interfere no estabelecimento de relações terapêuticas e multiprofissionais. Releva a dimensão de Si e da relação com o Outro, em contexto singular, profissional e organizacional.

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidências/ profissional no meu exercício	Nível de competência auto percebido			
D1.1 — Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro. D1.1.1 — Otimiza o autoconhecimento para facilitar a identificação de fatores que podem interferir no relacionamento com a pessoa cliente e ou a equipa multidisciplinar. D1.1.2 — Gere as suas idiossincrasias na construção dos processos de ajuda. D1.1.3 — Reconhece os seus recursos e limites pessoais e profissionais. D1.1.4 — Consciencializa a influência pessoal na relação profissional.	O desenvolvimento de uma prática reflexiva sistemática aliada à minha sensibilidade para as questões da emocionalidade nos cuidados promove o meu autoconhecimento. Este autoconhecimento possibilita o reconhecimento dos meus recursos internos e limites para a relação, permitindo a consciencialização da influência que tenho ou posso ter na relação pessoal e/ou terapêutica.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 2 3 4	Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 2 3 4		
			Experiência de mobilização em situação clínica 1 2 3 4		
			Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 2 3 4		
D1.2 — Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional. D1.2.1 — Otimiza a congruência entre auto e heteropercepção. D1.2.2 — Gere sentimentos e emoções em ordem a uma resposta eficiente. D1.2.3 — Atua eficazmente sob pressão. D1.2.4 — Reconhece e antecipa situações de eventual conflitualidade. D1.2.5 — Utiliza adequadamente técnicas de resolução de conflitos.	No meu percurso académico tive a oportunidade de ter uma unidade curricular de gestão de conflitos e, mais tarde, dar formação sobre esta mesma temática no hospital em que exerço funções. Estas formações, em associação com a experiência profissional no âmbito da prestação de cuidados em contexto de urgência e emergência, permitem-me atuar eficazmente sob pressão, implementando estratégias de gestão emocional e de conflitos.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 2 3 4	Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 2 3 4		
			Experiência de mobilização em situação clínica 1 2 3 4		
			Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 2 3 4		

Competência D2 — Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica

Descritivo: O Enfermeiro Especialista alicerça os processos de tomada de decisão e as intervenções em conhecimento válido, atual e pertinente, assumindo-se como facilitador nos processos de aprendizagem e agente ativo no campo da investigação.

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s no meu exercício profissional	Nível de competência auto percecionado
D2.1 — Responsabiliza-se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho. D2.1.1 — Atua como formador oportuno em contexto de trabalho. D2.1.2 — Diagnostica necessidades formativas. D2.1.3 — Gere programas e dispositivos formativos. D2.1.4 — Favorece a aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros. D2.1.5 — Avalia o impacto da formação.	Colaboro ativamente na orientação de estudantes e integração de colegas, favorecendo a sua aprendizagem. Atuo como formadora em temáticas no âmbito do meu mestrado, especialidade ou PPCIRA, elaborando sempre uma avaliação do impacto da mesma através da aplicação de um questionário de satisfação.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 2 3 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 2 3 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 2 3 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 2 3 4
D2.2 — Suporta a prática clínica em evidência científica. D2.2.1 — Atua como dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática de cuidados, visando ganhos em saúde dos cidadãos. D2.2.2 — Identifica lacunas do conhecimento e oportunidades relevantes de investigação. D2.2.3 — Investiga e colabora em estudos de investigação. D2.2.4 — Interpreta, organiza e divulga resultados provenientes da evidência que contribuam para o conhecimento e desenvolvimento da enfermagem. D2.2.5 — Discute as implicações da investigação. D2.2.6 — Contribui para o conhecimento novo e para o desenvolvimento da prática clínica especializada.	Integrei o grupo de investigação emoções em saúde da ESEL pelo meu interesse e valorização que atribuo à investigação. Tenciono participar ativamente no desenvolvimento de trabalhos científicos e produção de conhecimento nesta linha de investigação para promover a valorização da profissão e melhoria dos cuidados prestados.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 2 3 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 2 3 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 2 3 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 2 3 4
D2.3 — Promove a formulação e implementação de padrões e procedimentos para a prática especializada no ambiente de trabalho. D2.3.1 — Possui conhecimentos de enfermagem e de outras disciplinas que contribuem para a prática especializada. D2.3.2 — Revela conhecimentos na prestação de cuidados especializados, seguros e competentes. D2.3.3 — Rentabiliza as oportunidades de aprendizagem, tomando a iniciativa na análise de situações clínicas.	De um modo geral considero revelar conhecimentos através da prestação de cuidados seguros e competentes baseados na evidência científica. O facto de trabalhar no hospital mais tecnológico do país permite-me usar as tecnologias em saúde mais recentes no âmbito da prestação de cuidados. Pretendo adquirir e desenvolver um leque de	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 2 3 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 2 3 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 2 3 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 2 3 4

D2.3.4 — Usa as tecnologias de informação e métodos de pesquisa adequados.

D2.3.5 — Assegura a formulação e a implementação de processos de formação e desenvolvimento na prática clínica.

conhecimentos especializados nos estágios, rentabilizando todas as oportunidades de aprendizagem.

Desenvolvimento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

Autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem

Competência E1 — Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde.

Descritivo: considerando a natural dependência da criança, a sua progressiva autonomização e o binómio criança/família como alvo do cuidar do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, estabelece com ambos uma parceria de cuidar promotora da optimização da saúde, no sentido da adequação da gestão do regime e da parentalidade

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s no meu exercício profissional	Nível de competência auto percecionado <1 >4			
E1.1 — Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.	Unidade de competência globalmente adquirida no âmbito da minha prática no serviço de urgência pediátrica. Neste serviço são prestados cuidados diariamente a crianças e jovens com diversas condições de saúde/doença e de diferentes idades, o que me permitiu desenvolver competências de comunicação apropriadas aos seus estádios de desenvolvimento e culturalmente competentes.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios			
E1.1.1 — Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem-estar.	Nesta população alvo de cuidados estão incluídas as crianças com necessidades especiais em situação de doença aguda.	1	2	3	4
E1.1.2 — Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis.		1	2	3	4
E1.1.3 — Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde.		1	2	3	4
E1.1.4 — Proporciona conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às Crianças / jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.	Desde a licenciatura que tenho abordado os conceitos de “Cuidados centrados na família”, “Parceria de cuidados” e “Empowerment”, pelo que considero desenvolver uma prática de cuidados inclusiva das crianças e família, mobilizando estes conceitos e procurando negociar o papel de cada um nos cuidados. Com esta abordagem procuro satisfazer as necessidades de cuidados da família como um todo.	Experiência de mobilização em situação clínica			
E1.1.5 — Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adopção de comportamentos potenciadores de saúde.	Considero ainda que realizo ensinamentos de modo sistemático, relativamente aos procedimentos realizados, aos cuidadores/pais e crianças/jovens com vista à aquisição de conhecimentos por parte	1	2	3	4
E1.1.6 — Utiliza a informação existente ou avalia a estrutura e o contexto do sistema familiar.		Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial)			

E1.1.7 — Estabelece e mantém redes de recursos comunitários de suporte à criança/jovem e família com necessidades de cuidados. E1.1.8 — Intervém em programas no âmbito da saúde escolar. E1.1.9 — Apoia a inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais. E1.1.10 — Trabalha em parceria com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade da criança/jovem aos cuidados de saúde.	dos mesmos para a promoção da saúde. Preciso de melhorar a minha capacidade de intervir em programas no âmbito da saúde escolar e de trabalhar em parceria com agentes da comunidade com vista a estabelecer e manter redes de recursos comunitários que satisfaçam as necessidades da criança e família. Estas são competências que procuro desenvolver no meu estágio na UCC.	
E1.2 — Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem. E1.2.1 — Demonstra conhecimentos sobre doenças comuns às várias idades, implementando respostas de enfermagem apropriadas. E1.2.2 — Encaminha as crianças doentes que necessitam de cuidados de outros profissionais. E1.2.3 — Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal -estar psíquico. E1.2.4 — Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco). E1.2.5 — Sensibiliza pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência, consequências e prevenção. E1.2.6 — Assiste a criança/jovem em situações de abuso, negligência e maus -tratos. E1.2.7 — Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde. E1.2.8 — Facilita a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem e família.	Unidade de competência globalmente adquirida no âmbito da minha prática. Pela multiplicidade de patologias e condições de doença aguda que trazem as crianças e jovens ao serviço de urgência considero que ao longo destes dois anos de experiência, neste serviço, tenho conseguido desenvolver a minha prática implementando respostas de enfermagem apropriadas às diferentes situações. São diversos os casos de crianças que são trazidas pelos profissionais das escolas ou referenciados dos centros de saúde por situações de negligência, violência e suspeitas de maus-tratos. Noutros casos estas situações são identificadas no serviço de urgência em crianças trazidas com outras queixas. Em qualquer uma destas situações considero estar apta à prestação de cuidados diferenciados, articulando com a equipa multidisciplinar, promovendo o internamento protetor sempre que seja considerado necessário e partilhando a informação com a comissão de proteção de crianças e jovens. Nesta competência considero que devo ainda melhorar a minha capacidade de identificar evidências emocionais de mal-estar psíquico e a sensibilização dos pais, cuidadores e profissionais para o risco de violência e suas consequências. Esta é uma competência que procurarei desenvolver em todos os locais de estágio.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 2 3 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 2 3 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 2 3 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 2 3 4

Competência E2 — Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade.

Descritivo - Mobiliza recursos oportunamente, para cuidar da criança/jovem e família em situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, recorrendo a um largo espectro de abordagens e terapias.

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s no meu exercício profissional	Nível de competência auto percebido
E2.1 — Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados. E2.1.1 — Mobiliza conhecimentos e habilidades para a rápida identificação de focos de instabilidade e resposta pronta antecipatória. E2.1.2 — Demonstra conhecimentos e habilidades em suporte avançado de vida pediátrico. E2.1.3 — Aplica conhecimentos e capacidades facilitadores da “dignificação da morte” e dos processos de luto.	Considero, com base na minha prática diária no serviço de urgência, ter conhecimentos e habilidade rápida para identificar focos de instabilidade. Contudo, não tenho competência certificada em suporte avançado de vida pediátrico e ainda não estive em nenhuma situação de morte ou processo de luto em contexto pediátrico. Assim, a minha experiência nos processos de morte, cuidados pós-morte e luto são circunscritos ao meu ano de experiência profissional em contexto de cuidados intensivos de cirurgia cardiorádica de adultos. Neste sentido, esta é uma área de conhecimento e atuação que posso eventualmente desenvolver durante o estágio no serviço de urgência.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 2 3 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 2 3 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 2 3 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 2 3 4
E2.2 — Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas. E2.2.1 — Aplica conhecimentos sobre saúde e bem-estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem. E2.2.2 — Garante a gestão de medidas farmacológicas de combate à dor. E2.2.3 — Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor.	Competência adquirida e trabalhada diariamente nos procedimentos dolorosos realizados no serviço de urgência. As medidas farmacológicas e não farmacológicas são desenvolvidas mediante consentimento dos pais/cuidadores e em parceria com os mesmos com vista à prestação de cuidados não traumáticos. Esta é, contudo, uma competência com potencial de melhoria especialmente no contexto da UCC e da pedopsiquiatria.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 2 3 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 2 3 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 2 3 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 2 3 4
E2.3 — Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados. E2.3.1 — Demonstra conhecimentos em doenças raras e respostas de enfermagem apropriadas. E2.3.2 — Procura evidência científica para responder e encaminhar as crianças com doenças	Competência com potencial para melhoria dada a vasta gama de doenças raras existente na população pediátrica. Considero ter conhecimentos para prestar cuidados baseados na evidência científica a crianças com patologias raras que já estudei ou com	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 2 3 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 2 3 4

raras.	que já teve contacto, contudo, pela sua imensidão e variedade de manifestações nas crianças apresenta ainda potencial de melhoria. Neste sentido, esta é uma competência que poderei desenvolver em todos os contextos de estágio uma vez que cada um deles tem populações específicas e, possivelmente, com diferentes doenças raras.	Experiência de mobilização em situação clínica 1 <u>2</u> 3 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 <u>2</u> 3 4
E2.4 — Providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência. E2.4.1 — Demonstra conhecimento sobre as posições da Ordem dos Enfermeiros relativamente às terapias complementares na prática de enfermagem. E2.4.2 — Demonstra conhecimento e habilidades em diferentes tipos de terapias a oferecer à criança/ jovem. E2.4.3 — Procura evidência científica para fundamentar a tomada de decisão sobre as terapias a utilizar	Domínio apenas de terapias de alívio da dor em pediatria, pelo que esta é uma área a desenvolver nos diferentes contextos de estágio, em especial no de pedopsiquiatria.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 <u>2</u> 3 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 <u>2</u> 3 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 <u>2</u> 3 4 Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial) 1 <u>2</u> 3 4
E2.5 — Promove a adaptação da criança/ jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade. E2.5.1 — Diagnostica necessidades especiais e incapacidades na criança/jovem. E2.5.2 — Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de <i>coping</i> e de adaptação. E2.5.3 — Promove a relação dinâmica com crianças/jovens e famílias com adaptação adequada. E2.5.4 — Adequa o suporte familiar e comunitário. E2.5.5 — Demonstra na prática conhecimentos sobre estratégias promotoras de esperança.	Experiência com crianças e jovens com doença crónica e deficiência/incapacidade apenas em situação de doença aguda ou agudização da sua condição de doença crónica. Sem experiência com crianças e jovens com doença oncológica. O trabalho com estas crianças, jovens e famílias no sentido de capacitar, promover estratégias de <i>coping</i> e articular com instituições de apoio são competências que pretendo melhorar em estágio, mais concretamente nos serviços de neonatologia, pedopsiquiatria, UCC e internamento de pediatria.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios 1 <u>2</u> 3 4 Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito 1 <u>2</u> 3 4 Experiência de mobilização em situação clínica 1 <u>2</u> 3 4 Práticas de análise das situações e

E2.5.6 — Referencia crianças/jovens com incapacidades e doença crônica para instituições de suporte e para cuidados de especialidade, se necessário.	integração como conhecimento (científico e experiencial)			
	1	<u>2</u>	3	4

E3 — Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

Descritivo - Considerando as especificidades e exigências desenvolvimentais das etapas desta fase do ciclo vital, responde eficazmente promovendo a maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude.

Unidade de competência Critérios de avaliação	Evidência/s no meu exercício profissional	Nível de competência auto percebido				
E3.1 — Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.	Aplico os conhecimentos teóricos que tenho sobre o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem na adequação das estratégias de comunicação e avaliação das necessidades das crianças de acordo com o seu estágio de desenvolvimento. Não tenho experiência na utilização de instrumentos de avaliação do crescimento e desenvolvimento de crianças preconizados pela organização mundial de saúde. Esta é uma competência que procurarei desenvolver no meu estágio na UCC.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios	1	<u>2</u>	3	4
E3.1.1 — Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento.		Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito	1	<u>2</u>	3	4
E3.1.2 — Avalia o crescimento e desenvolvimento da criança e jovem.		Experiência de mobilização em situação clínica	1	<u>2</u>	3	4
E3.1.3 — Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil.		Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial)	1	<u>2</u>	3	4
			1	<u>2</u>	3	4
E3.2 — Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém-nascido (RN) doente ou com necessidades especiais.	Desenvolvidas competências de negociação do envolvimento dos pais na prestação de cuidados, bem como a vigilância e promoção da amamentação, em recém-nascidos com dificuldades de adaptação à mama ou quadros de doença respiratória. Procuo melhorar a capacidade de promover a esperança realista e gerir o processo de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce. Estas competências podem ser desenvolvidas no estágio de neonatologia e na UCC.	Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios	1	2	<u>3</u>	4
E3.2.1— Avalia o desenvolvimento da parentalidade.		Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito	1	<u>2</u>	3	4
E3.2.2 — Demonstra conhecimentos sobre competências do RN para promover o comportamento interativo.		Experiência de mobilização em situação clínica	1	<u>2</u>	3	4
E3.2.3 — Utiliza estratégias promotoras de esperança realista.		Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial)	1	<u>2</u>	3	4
E3.2.4 — Utiliza estratégias para promover o contacto físico pais/RN.			1	<u>2</u>	3	4
E3.2.5 — Promove a amamentação.			1	<u>2</u>	3	4
E3.2.6 — Negoceia o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao RN.			1	<u>2</u>	3	4

E3.2.7 — Gere o processo de resposta à criança com necessidades de intervenção precoce.

E3.3 — Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.

E3.3.1 — Demonstra conhecimentos aprofundados sobre técnicas de comunicação no relacionamento com a criança/jovem e família.

E3.3.2 — Relaciona -se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura.

E3.3.3 — Demonstra habilidades de adaptação da comunicação ao estado de desenvolvimento da criança/jovem.

Competências de comunicação adaptadas ao estágio de desenvolvimento da criança e jovem adquiridas no serviço de urgência pediátrica. Formação em gestão de conflitos no âmbito do mestrado de gestão em enfermagem.

Potencial para melhoria na demonstração de habilidades de adaptação da comunicação a crianças, jovens e famílias em todos os contextos de estágio.

Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios

1 2 **3** 4

Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito

1 2 **3** 4

Experiência de mobilização em situação clínica

1 2 **3** 4

Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial)

1 2 **3** 4

E3.4 — Promove a autoestima do adolescente e a sua auto -determinação nas escolhas relativas à saúde.

E3.4.1— Facilita a comunicação expressiva de emoções.

E3.4.2 — Reforça a imagem corporal positiva se necessário.

E3.4.3 — Identifica os estádios do processo de mudança na adoção de comportamentos saudáveis.

E3.4.4 — Reforça a tomada de decisão responsável.

E3.4.5 — Negoceia contrato de saúde com o adolescente.

Competência desenvolvida apenas em contexto de doença aguda (serviço de urgência pediátrica) pelo que considero que tem potencial de melhoria.

Tenciono ser capaz de desenvolver uma relação terapêutica com os adolescentes no sentido de despertar neles a capacidade de comunicarem de modo expressivo sobre as suas emoções. Quero ainda conseguir intervir no sentido de promover a gestão emocional dos adolescentes na prevenção de comportamentos de risco, através da promoção de uma imagem corporal positiva e autoestima, para o desenvolvimento de comportamentos saudáveis.

Estas competências poderão ser desenvolvidas em todos os contextos, em especial no serviço de urgência pediátrica, UCC e pedopsiquiatria.

Conhecimento dos conceitos/teorias e princípios

1 **2** 3 4

Conhecimento dos processos de tomada de decisão neste âmbito

1 2 3 4

Experiência de mobilização em situação clínica

1 2 3 4

Práticas de análise das situações e integração como conhecimento (científico e experiencial)

1 2 3 4

Estudante Diana Gomes Pereira

Apêndice II: Protocolo de revisão *scoping*

Intervenções de enfermagem que visam a capacitação emocional em adolescentes com comportamentos de risco: um protocolo de revisão scoping

Diana Gomes Pereira*

*MsC, Enfermeira, Hospital C., Portugal [dianapereira@campus.esel.pt]

1. BACKGROUND

Etimologicamente a palavra adolescente deriva de ad + olescere que significa “crescer para” (Silva, 2016). Durante esta etapa de crescimento o adolescente vive um período de transição entre a infância e a vida adulta que se inicia com a puberdade e é pautado pelo crescimento e desenvolvimento biológico, intelectual, psicossocial, económico e cultural (Ordem dos Enfermeiros, 2010; Saewyc, 2014). É um período de descoberta e desenvolvimento marcado pela instabilidade emocional, com oscilações variáveis, no qual o adolescente procura a satisfação das suas necessidades fundamentais. Nesta procura de novas experiências adota diferentes comportamentos e processos de tomada de decisão, que podem ser uma oportunidade ou risco para o seu desenvolvimento saudável e ter repercussões e danos na sua saúde a curto, médio e / ou longo prazo (Ordem dos Enfermeiros, 2010).

No Relatório do Estudo da *Health Behaviour in School-Ages Children* (Matos & Equipa Aventura Social, 2018) de 2018 é referido um aumento do número de adolescentes com comportamentos de risco, nomeadamente os elencados pela Direção-Geral da Saúde, já em 2012, relacionados com o consumo de tabaco, álcool e outras substâncias com ou sem intenção danosa para o próprio, bem como a autoagressão. Por este motivo, o plano nacional de saúde 2012-2016 reforça a importância da promoção da saúde dos adolescentes através da prática de estilos de vida saudáveis sugerindo intervenções de enfermagem que conduzam à “prevenção de comportamentos de risco, abuso e violência, apoio à saúde mental, relações saudáveis e planeamento familiar e serviços de saúde adequados ao adolescente” (Direção-Geral da Saúde, 2012, p.6).

Pelo efeito multiplicativo dos comportamentos de risco, os adolescentes tornam-se mais suscetíveis de ingressar em trajetórias de exclusão social e, por esse motivo, necessitam de uma intervenção preventiva, através da capacitação emocional, por parte dos enfermeiros (Silva, 2016). Para possibilitar a caracterização da intervenção de enfermagem no âmbito da capacitação emocional dos adolescentes para a prevenção de comportamentos de risco revelou-se pertinente realizar uma revisão *scoping* para mapear a produção científica existente sobre esta temática. Nesse sentido, e na sequência do projeto de estágio em desenvolvimento, surgiu o presente protocolo de revisão *scoping*.

2. MÉTODO E ESTRATÉGIA DE PESQUISA

A revisão *scoping* pode ser conduzida para identificar tipos de evidência existente em áreas amplas, e eventuais lacunas, e esclarecer conceitos chave relevantes para sustentar e fornecer orientações para futuras revisões sistemáticas (Joanna Briggs Institute, 2015). Este tipo de revisão permite ainda mapear a evidência disponível em relação ao ano e país de publicação, fonte e tipo do estudo fornecendo uma base de conhecimento para a seleção de ferramentas para utilização e tomada de decisão na prática clínica (Anderson, Allen & Peckham, 2008; Joanna Briggs Institute, 2015). Com esta revisão pretende-se mapear a evidência científica existente sobre as intervenções de enfermagem promotoras da capacitação emocional em adolescentes com comportamentos de risco para a prevenção dos mesmos.

2.1. IDENTIFICAÇÃO DAS QUESTÕES DE PESQUISA

De acordo com a recomendação de Joanna Briggs Institute (2015) para a definição das questões pesquisa através da mnemónica PCC (População, Conceito, Contexto) foram estabelecidos os seguintes elementos: adolescentes entre os 13 e os 18 anos (P), Capacitação emocional para a prevenção de comportamentos de risco (C) e Enfermagem pediátrica (C). Esta mnemónica reflete-se ainda no título e nos critérios de inclusão da revisão *scoping*, tendo sido delineada a seguinte questão de pesquisa: “Quais as intervenções de enfermagem promotoras da capacitação emocional em adolescentes com comportamentos de risco?”. Para dar resposta à questão da revisão serão incluídos todos os estudos

referentes à intervenção de enfermagem a adolescentes, em contexto de enfermagem pediátrica, no âmbito da capacitação emocional para a prevenção de comportamentos de risco. Serão incluídos, ainda, estudos de outras áreas das ciências sociais, nomeadamente da psicologia, para melhor compreensão do comportamento dos adolescentes.

Os critérios de inclusão definidos compreendem todos os artigos científicos, de estudos quantitativos e qualitativos, disponíveis em texto integral, redigidos ou traduzidos para língua portuguesa ou inglesa. Não será delimitado um período temporal na pesquisa para permitir uma visão temporalmente ampla da temática em estudo. Serão excluídos todos os artigos que não contemplem os critérios de inclusão definidos ou em que o conteúdo não dê resposta à questão de investigação.

2.2. IDENTIFICAÇÃO DOS ESTUDOS RELEVANTES

A primeira fase de pesquisa, para a identificação e seleção das publicações relevantes, teve início nas bases de dados CINAHL *full text* e MEDLINE *full text*, que permitem obter resultados relevantes no âmbito das áreas da saúde, nomeadamente da enfermagem. Para além destas duas bases de dados, considerou-se ainda pertinente, face ao tema em estudo, pesquisar na *Psychology and Behavioral Sciences Collection*. Nesta pesquisa preliminar foram utilizadas palavras-chave, previamente definidas, em linguagem natural (Tabela 1), mediante a aplicação dos critérios de inclusão acima descritos.

Tabela 1. Termos de pesquisa natural

	População	Conceito	Contexto
de Termos de pesquisa natural	Adolescente Adolescência	Comportamentos de risco (Risk behavior) Capacitação emocional (Emotional empowerment) Competência emocional (Emotional competence)	Enfermagem pediátrica (Pediatric nursing)

Após esta pesquisa preliminar, procedeu-se à leitura dos títulos e resumos dos resultados obtidos para identificar as palavras-chave e, posteriormente, os termos de indexação utilizados nas diferentes bases de dados (Tabela 2).

Depois de conhecidos os termos de indexação foi realizada uma nova pesquisa nas três bases de dados selecionadas com recurso aos operadores booleanos “AND” e “OR” e utilização exclusiva dos termos de indexação. Para alargar o número de resultados, diminuindo o risco de eliminar inadvertidamente artigos de interesse com termos de pesquisa natural e não indexada, foram adicionados os termos de pesquisa natural à formula de pesquisa utilizada com os termos de indexação identificados. As fórmulas de pesquisa utilizadas nas diferentes bases de dados e os resultados obtidos nestas pesquisas encontram-se descritos nas Tabelas 3 e 4.

Tabela 2. Termos de pesquisa indexados

	População	Conceito	Contexto
Termos de indexação	<u>CINAHL full text</u> - Adolescent - Adolescence <u>MEDLINE full text</u> - Adolescent <u>Psychology and Behavioral Sciences Collection</u> - Adolescence	<u>CINAHL full text</u> - Risk taking behavior - Adolescent behavior - Emotions - Adolescent coping orientation for problem experiences <u>MEDLINE full text</u> - Health risk behaviors - Adolescent behavior - Emotions <u>Psychology and Behavioral Sciences Collection</u> - Health behavior in adolescence - Behavior disorders in adolescence - Emotional competence	<u>CINAHL full text</u> - Adolescent health services - Pediatric Nursing - Adolescent health services <u>MEDLINE full text</u> - Pediatric Nursing Adolescent Health Services <u>Psychology and Behavioral Sciences Collection</u> - Pediatric nursing -Hospital & community

Tabela 3. Fórmula de pesquisa e resultados obtidos nas ferramentas selecionados com termos de indexação

FERRAMENTA DE PESQUISA	FÓRMULA DE PESQUISA	RESULTADOS
MEDLINE <i>full text</i>	(MH “Adolescent”) AND ((“MH Emotional Adjustment”) OR (MH “Expressed Emotion”) OR (MH “Adolescent Health”) OR (MH “Health Behavior”) OR (MH “Adolescent Behavioral+”)) AND (MH “Nurses, Community Health”) OR (“MH Pediatric Nursing”) OR (MH “Hospitals, Pediatric”))	n = 149
CINAHL <i>full text</i>	((MH “Adolescent”) OR (MH “Adolescence”)) AND ((MH “Risk Taking Behavior”) OR (MH “Adolescent Behavior”) OR (MH “Emotions”) OR (MH “Adolescent Coping Orientation for Problem Experiences”) OR (MH “Adolescent Health”)) AND ((MH “Adolescent Health Services”) OR (MH “Pediatric Nursing”))	n = 122
PSYCHOLOGY AND BEHAVIORAL SCIENCES COLLECTION	(DE “Adolescence”) AND ((DE “Health behavior in adolescence”) OR (DE “Behavior disorders in adolescence”) OR (DE “Emotional competence”)) AND ((DE “Pediatric nursing”) OR (DE “Hospital & community”))	n = 1

Tabela 4. Fórmula de pesquisa e resultados obtidos nas ferramentas selecionados com termos de indexação e termos de linguagem de natural

FERRAMENTA DE PESQUISA	FÓRMULA DE PESQUISA	RESULTADOS
MEDLINE <i>full text</i>	(MH “Adolescent”) AND ((“MH Emotional Adjustment”) OR (MH “Expressed Emotion”) OR (MH “Adolescent Health”) OR (MH “Health Behavior”) OR (MH “Adolescent Behavioral+”) OR (emotional competence) OR (emotional empowerment) OR (risk behavio?r)) AND (MH “Nurses, Community Health”) OR (“MH Pediatric Nursing”) OR (MH “Hospitals, Pediatric”))	n = 149
CINAHL <i>full text</i>	((MH “Adolescent”) OR (MH “Adolescence”)) AND ((MH “Risk Taking Behavior”) OR (MH “Adolescent Behavior”) OR (MH “Emotions”) OR (MH “Adolescent Coping Orientation for Problem Experiences”) OR (MH “Adolescent Health”) OR (emotional competence) OR (emotional empowerment) OR (risk behavio?r)) AND ((MH “Adolescent Health Services”) OR (MH “Pediatric Nursing”))	n = 126
PSYCHOLOGY AND BEHAVIORAL SCIENCES COLLECTION	(DE “Adolescence”) AND ((DE “Health behavior in adolescence”) OR (DE “Behavior disorders in adolescence”) OR (DE “Emotional competence”) OR (emotional empowerment) OR (risk behavio?r)) AND ((DE “Pediatric nursing”) OR (DE “Hospital & community”))	n = 1

2.3. SELEÇÃO DOS ESTUDOS RELEVANTES

O processo de identificação dos estudos pertinentes para a temática em estudo, e que dão resposta à questão de pesquisa, prosseguirá com a leitura do título dos 276 artigos encontrados para triagem dos que se encontrem duplicados, não estejam redigidos em português ou inglês e/ou não estejam disponíveis em *full text* (de acordo com os critérios de inclusão e exclusão).

Para concluir a seleção da produção científica relevante, será realizada uma leitura das referências bibliográficas e, eventualmente, efetuar pedidos a autores de trabalhos considerados importantes, mas que não se encontrem disponíveis em *full text*. Depois de reunidos todos estes artigos com potencial relevância serão lidos os resumos de todos na íntegra, aplicados novamente os critérios de exclusão e selecionados apenas os que derem resposta aos critérios de inclusão (PCC) previamente definidos. Será ainda elaborado um fluxograma PRISMA para ilustrar o processo de seleção da produção científica relevante para a revisão. A consistência de todo este processo de seleção de artigos e aplicação dos critérios de inclusão e exclusão será assegurado por dois revisores.

2.4. EXTRAÇÃO DOS RESULTADOS

A extração de dados dos artigos selecionados procurará dar resposta à questão da *scoping* previamente referida. Para esquematizar esta extração será preenchida uma ficha de análise para cada artigo por parte dos revisores com os seguintes tópicos (Joanna Briggs Institute, 2015):

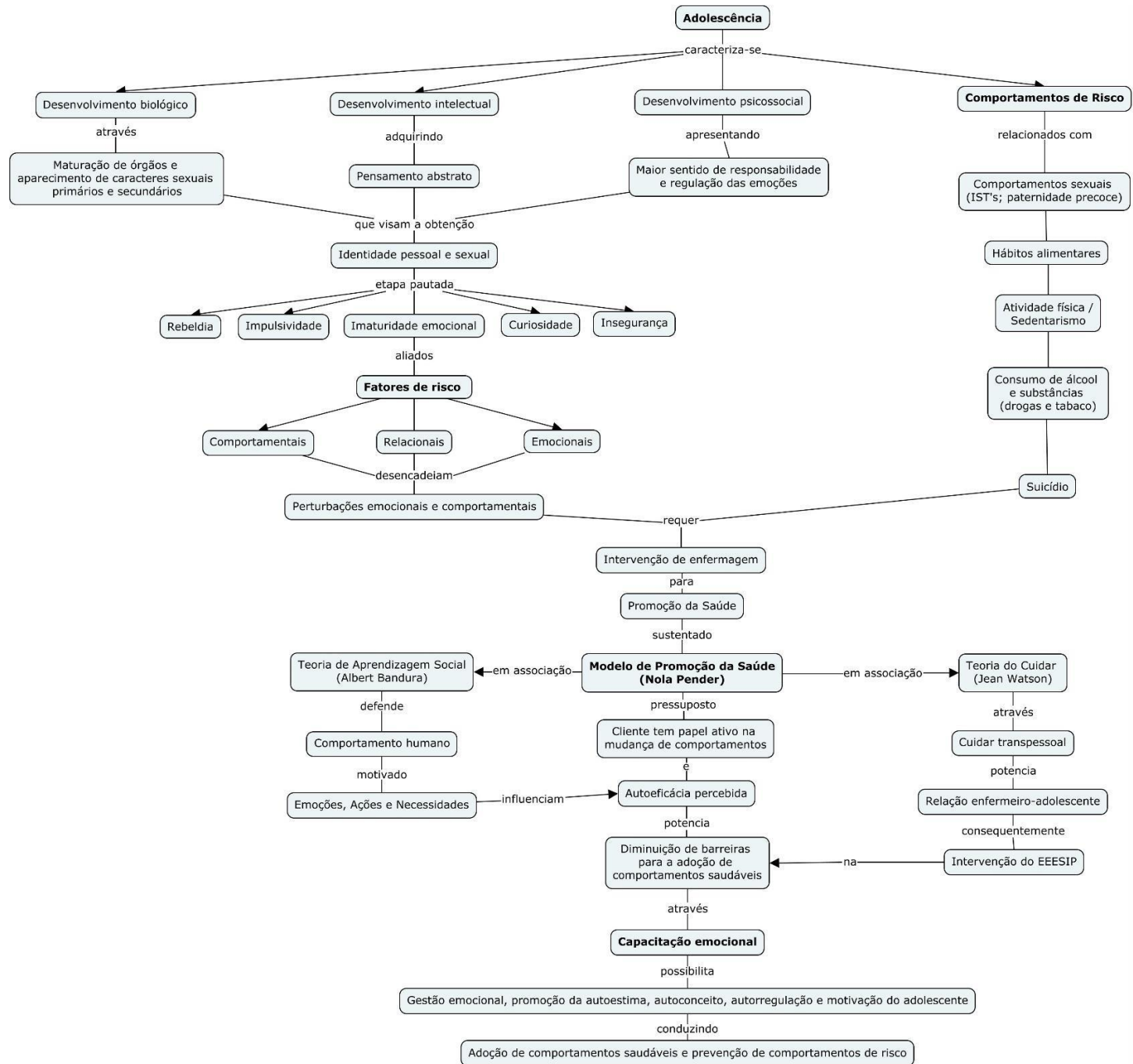
- a) Ano de publicação e título
- b) Autor (es)
- c) País de origem ou de publicação
- d) Finalidade e/ou objetivos
- e) População e/ou amostra
- f) Metodologia utilizada
- g) Principais resultados e conclusões do estudo

Para sumarizar e sintetizar as características dos artigos em revisão será utilizada a técnica de análise de conteúdo convencional (Hsieh & Shannon, 2005).

3. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Anderson, J.M.; Allen, P.; Peckham, S. & Goodwin, N. (2008). Asking the right questions: Scoping studies in the commissioning of research on the organization and delivery of health services. *Health Research Policy and Systems*, 6(7), 1-12.
- Direção-Geral de Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Hsieh, H.-F. & Shannon, S.E. (2005). Three approaches to qualitative content analysis. *Qualitative Health Research*, 15(9), 1277-1288.
- Matos, M.G. & Equipa Aventura Social (2018). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses após a recessão - Dados Nacionais do estudo HBSC 2018*. Lisboa: Universidade de Lisboa - Faculdade de Motricidade Humana.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*, Série I, 3 (1). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Saewyc, E. M. (2014). Capítulo 19: Promoção da Saúde do Adolescente e da Família in M. Hockenberry & D. Wilson (2014). *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (784-823). (A. P. Fonseca, Trad.) (9ª Ed), Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, 9th Edition, 2011, Missouri: Mosby Elsevier).
- Silva, C. A. F. S. (2016). *Programa de Prevenção de Comportamentos de Risco e Promoção de uma Cidadania Saudável: Alinhadas?.* Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia: Escola de Psicologia e Ciências, Lisboa.
- The Joanna Briggs Institute (2015). *The Joanna Briggs Institute reviewers manual*. Adelaide: The Joanna Briggs Institute.

Apêndice III: Mapa conceitual



Apêndice IV: Cronograma de Estágio

Mês	Set	Outubro					Novembro				Dezembro				Janeiro					Fevereiro			
Dias	23	30	07	14	21	28	04	11	18	25	02	09	16	23		06	13	20	27	03	10	17	24
	27	04	11	18	25	01	08	15	22	29	06	13	20		03	10	17	24	31	07	14	21	28
Semanas	1 ^a	2 ^a	3 ^a	4 ^a	5 ^a	6 ^a	7 ^a	8 ^a	9 ^a	10 ^a	11 ^a	12 ^a	13 ^a	14 ^a	15 ^a	16 ^a	17 ^a	18 ^a	19 ^a	20 ^a	21 ^a	22 ^a	23 ^a
Contexto Neonatologia														Férias de Natal									
Contexto Pedopsiquiatria																							
Contexto Consulta de Pediatria																							
Contexto Internamento de Pediatria																							
Contexto UCC																							
Contexto Urgência Pediátrica																							
Contexto																							
Horas (total 432 horas)	48h (4turnos de 12h)		72 horas (3+3+3 turnos de 8h)			48h(3+3 turnos de 8h)		48h (3+3 turnos de 8h)		96h (3+3+3+3 turnos de 8horas)					120h (3+3+3+3+3 turnos de 8horas)								

Apêndice V: Guia Orientador das Atividades de Estágio



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização
de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

UC Estágio com Relatório

Guia Orientador das Atividades de Estágio

Docente orientador: Professora Doutora Paula Diogo

Discente: Diana Gomes Pereira, nº 4233

Título do projeto de estágio

A capacitação emocional do adolescente para a prevenção de comportamentos de risco: intervenção de enfermagem no âmbito da promoção da saúde.

Objetivos do projeto de estágio

1. Desenvolver competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica em diferentes contextos e tendo em conta os processos de saúde-doença;
2. Desenvolver competências no âmbito da capacitação emocional do adolescente para a prevenção de comportamentos de risco.

Duração do Estágio

O presente estágio decorrerá entre os dias 23 de setembro e 06 de outubro de 2019 com um total de 50 horas de contacto.

Enquadramento

No decorrer dos meus três anos de experiência desenvolvi competências técnico-práticas no cuidado a crianças em situação de doença e no âmbito da parceria de cuidados promotores da parentalidade, reconhecimento de situações de instabilidade das funções vitais, gestão da dor, comunicação e formação (como formadora e formanda). Após a realização do autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem, baseado nas competências comuns do Enfermeiro Especialista, Regulamento nº 140/2019, e das específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), Regulamento nº422/2018, foi possível identificar potencial de melhoria na utilização de instrumentos de avaliação do desenvolvimento e crescimento da criança e adaptação a situações de doença crónica. Este projeto de estágio insere-se numa área de atuação específica do EEESIP, também identificada como competência com potencial de melhoria, no âmbito da promoção da autoestima e diagnóstico / intervenção precoce nas situações de risco suscetíveis de condicionar a qualidade de vida dos adolescentes (Ordem dos Enfermeiros, 2018).

A problematização do tema para o projeto de estágio surge na sequência de uma realidade crescente vivida no serviço de urgência em que presto cuidados de enfermagem. Neste, tem havido um aumento significativo do número de adolescentes com os comportamentos de risco elencados pela Direção-Geral da Saúde (2012), em especial no que concerne ao consumo de tabaco, álcool e outras substâncias com ou sem intenção danosa para o próprio, bem como a autoagressão. Esta é uma realidade corroborada pelos dados do Relatório do Estudo da *Health Behaviour in School-Ages Children* (HBSC) de 2018, referentes a adolescentes que frequentavam o 3º ciclo de escolaridade (Matos & Equipa Aventura Social, 2018).

Problemática

A adolescência é uma fase de constante transformação em que o adolescente desenvolve a sua identidade, procura a autonomia e sofre mudanças a nível físico, cognitivo e social o que resulta na “ (...) possibilidade de se tornar um indivíduo autónomo, capaz de assumir responsabilidades, tomar decisões, desenvolver afetos e integrar-se na sociedade, de forma a contribuir de forma efectiva para o desenvolvimento da mesma” (Ordem dos Enfermeiros, 2010, p.17). Pela sua imaturidade emocional e curiosidade, os adolescentes tendem a procurar novas experiências e a ser influenciados pelos pares. Isto torna-os mais suscetíveis a fatores de risco e à adoção de comportamentos de risco que comprometem o seu bem-estar e saúde.

Pelas características de desenvolvimento da adolescência, associadas aos fatores de risco a que os adolescentes estão expostos, tem sido reconhecida ao longo dos anos, pela Direção-Geral da Saúde, nos planos nacionais de saúde, a necessidade de melhorar a rede de apoio a estes adolescentes em espaços apropriados e adaptados às suas reais necessidades. Isto reforça a importância de os enfermeiros identificarem fatores de risco precocemente e atuarem no sentido da prevenção de comportamentos de risco (Direção-Geral da Saúde, 2012).

Posto isto, revela-se pertinente desenvolver um projeto com um conjunto de intervenções de enfermagem com objetivos específicos que promovam a saúde e previnam a adoção de comportamentos de risco. Um projeto em que a finalidade máxima seja o desenvolvimento e capacitação emocional de

adolescentes para que estes se tornem emocionalmente competentes e, consequentemente, desenvolvam uma maior autorregulação e autoestima. Esta capacitação emocional torná-los-á menos suscetíveis de desenvolver perturbações de comportamento e sintomatologia depressiva e possibilitará o desenvolvimento de um maior sentido de bem-estar e resiliência adaptativa (Lucas *et al*, 2017).

Quadro dos objetivos /atividades/competências a desenvolver no contexto de neonatologia

Objetivos específicos	Atividades	Competências comuns do EE	Competências de EEESIP a desenvolver
• Conhecer a estrutura física e dinâmica organizacional e funcional do serviço. • Identificar sinais de instabilidade das funções vitais dos neonatos; • Reforçar conhecimentos no âmbito da alimentação de neonatos; • Aprender estratégias de comunicação promotoras da esperança realista junto dos pais.	• Entrevista com a enfermeira orientadora sobre a estrutura do serviço, referenciais para a prática e modelo de cuidados dominante, com consulta de bibliografia pertinente; • Realização de pesquisa de evidência científica de sinais e sintomas de instabilidade das funções vitais dos neonatos e modos de atuação em conformidade; • Participação nos momentos de ensino aos pais de estratégias promotora de contacto físico (p.e. método canguru e amamentação) e técnicas de alimentação; • Discussão com a orientadora de métodos de abordagem ao neonato em situação crítica relativamente a estratégias de comunicação promotoras da esperança realista, gestão emocional dos pais e cuidados pós-morte; • Conversação com o cliente em ambiente tranquilo e acolhedor para fomentar a comunicação expressiva de emoções relativamente à doença ou situação de internamento; • Realização de educação para a Saúde com grupos de pais no âmbito do projeto Oficina do Cuidar;	A 1.1. A 1.3. B 2.1. B 2.2. B 3.1. C 2.1. D 1. D 2.	E1.1. E2.1. E2.2. E2.3. E2.4. E2.5. E3.1. E3.2. E3.3.

Quadro dos objetivos /atividades/competências a desenvolver no contexto de pedopsiquiatria

Objetivos específicos	Atividades	Competências comuns do EE	Competências de EEESIP a desenvolver
• Conhecer a estrutura física e dinâmica organizacional e funcional do serviço • Identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico na criança/adolescente; • Negociar um contrato de saúde com a criança/adolescente em parceria com a família; • Reforçar conhecimentos e comportamentos do adolescente e família relativos à saúde; • Promover a motivação, autoestima, autoeficácia e imagem corporal positiva; • Capacitar emocionalmente o adolescente para o desenvolvimento de estratégias de <i>coping</i> e adoção de comportamentos saudáveis.	• Entrevista com a enfermeira orientadora sobre a estrutura do serviço, referentes para a prática e modelo de cuidados dominante, e consulta de bibliografia pertinente; • Realização de pesquisa de evidência científica relativamente às doenças raras ou psiquiátricas e terapias adequadas para os adolescentes alvo de cuidados; • Discussão com a orientadora sobre evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico nas crianças e adolescentes; • Observação participante nas sessões de trabalho com as famílias que visam reforçar conhecimentos sobre comportamentos dos adolescentes relativos à saúde através da negociação de um contrato de saúde em regime de parceria; • Observação participante nas sessões e dinâmicas de grupo com as crianças e/ou adolescentes com comportamentos de risco, perturbação emocional ou comportamental para a promoção de estratégias de <i>coping</i> que conduzam à adoção de comportamentos saudáveis; • Pesquisa e discussão, com a orientadora, de estratégias de comunicação e promoção da capacitação emocional, motivação, autoeficácia e imagem corporal positiva de crianças e adolescentes; • Conversação com o cliente (criança/adolescente e pais) em reuniões individuais, ou em sessões/atividades de grupo, para fomentar a comunicação expressiva de emoções relativamente à situação de doença e promover a relação pais-filho e o autoconceito e autoestima da criança/adolescente; • Elaboração de um dossier temático sobre intervenções do EEESIP para a capacitação emocional de crianças/adolescentes com comportamentos de risco.	A 1.1. A 1.3. B 2.1. B 2.2. B 3.1. C 2.1. D 1. D 2.	E1.1. E1.2. E2.3. E2.4. E2.5. E3.1. E3.3. E.3.4.

Quadro dos objetivos /atividades/competências a desenvolver no contexto de Consulta de Pediatria

Objetivos específicos	Atividades	Competências comuns do EE	Competências de EESIP a desenvolver
• Conhecer a estrutura física e dinâmica organizacional e funcional do serviço • Avaliar o desenvolvimento infantil e juvenil; • Identificar indicadores de atraso no crescimento e desenvolvimento da criança; • Promover a utilização de estratégias de <i>coping</i> por parte das crianças/famílias em situação de doença crônica e/ou condição de necessidades especiais. • Promover a motivação, autoestima, autoeficácia e imagem corporal positiva; • Capacitar emocionalmente o adolescente para o desenvolvimento de estratégias de <i>coping</i> e adoção de comportamentos saudáveis.	• Entrevista com a enfermeira orientadora sobre a estrutura do serviço, referentes para a prática e modelo de cuidados dominante, e consulta de bibliografia pertinente; • Observação participante nas consultas de desenvolvimento de crianças e nas consultas de recém-nascidos pré-termo; • Observação participante na consulta do adolescente; • Pesquisa e discussão com a orientadora acerca de quais as estratégias de <i>coping</i> mais eficazes na promoção da adaptação da criança/família a uma situação de doença crônica ou condição com necessidades especiais; • Pesquisa e discussão com a enfermeira orientadora de estratégias promotoras da vinculação e da esperança realista; • Pesquisa e discussão, com a orientadora, de estratégias de comunicação e promoção da capacitação emocional, motivação, autoeficácia e imagem corporal positiva de crianças e adolescentes; • Aplicação da escala de <i>Mary Sheridan</i>, em consulta, para avaliação do desenvolvimento infantil e sinalização de eventuais indicadores de atraso no crescimento e desenvolvimento;	A 1.1. A 1.3. B 2.1. B 2.2. B 3.1. C 2.1. D 1. D 2.	E2.5. E3.1. E3.2 E3.3.

Quadro dos objetivos / atividades / competências a desenvolver no contexto de Internamento de Pediatria

Objetivos específicos	Atividades	Competências comuns do EE	Competências de EEESIP a desenvolver
• Conhecer a estrutura física e dinâmica organizacional e funcional do serviço; • Promover a adaptação da criança/família à doença crónica e envolvimento na prestação de cuidados em contexto de internamento e após alta; • Gerir a dor fazendo uso de terapias adequadas em crianças com doença aguda, crónica e/ou necessidades especiais; • Capacitar emocionalmente a criança/adolescente para o desenvolvimento de estratégias de <i>coping</i> e adoção de comportamentos saudáveis.	• Entrevista com a enfermeira orientadora sobre a estrutura do serviço, referentes para a prática e modelo de cuidados dominante, e consulta de bibliografia pertinente; • Entrevista à enfermeira responsável sobre parcerias e protocolos articulação/referenciação com outros recursos da comunidade; • Pesquisa e discussão, com a orientadora, de estratégias de comunicação e promoção do crescimento, desenvolvimento e adaptação (da criança e família) à doença crónica e/ou condição com necessidades especiais; • Pesquisa e discussão, com a orientadora, de estratégias de comunicação e promoção da capacitação emocional, motivação, autoeficácia e imagem corporal positiva de crianças e adolescentes; • Observação participante nos momentos de educação para a saúde atentando nas estratégias de comunicação utilizadas, por parte da enfermeira orientadora, tendo em conta o estágio de desenvolvimento da criança e grau de instrução dos pais para a adaptação à doença crónica (p.e episódio de internamento em situação de diabetes inaugural); • Observação participante nos momentos de prestação de cuidados individualizados em parceria com os pais/cuidadores para a majoração dos ganhos em saúde, adoção de comportamentos saudáveis e alívio da dor com recurso a estratégias farmacológicas e não farmacológicas adaptadas ao estágio de desenvolvimento; • Observação participante durante a prestação de cuidados nos dias em que estão previstas cirurgias de ambulatório no “Hospital de Dia Cirúrgico”; • Elaboração de um guião de entrevista, recomendações na	A 1.1. A 1.3. B 2.1. B 2.2. B 3.1. C 2.1. D 1. D 2.	E1.1. E2.2. E2.3. E2.4. E2.5. E3.1. E3.3. E.3.4.

	abordagem a adolescentes com comportamentos e intervenções de enfermagem no âmbito da capacitação emocional destes jovens bem como do encaminhamento dos mesmos para recursos existentes na comunidade.		
--	---	--	--

Quadro dos objetivos /atividades/competências a desenvolver no contexto na UCC

Objetivos específicos	Atividades	Competências comuns de EE	Competências de EEESIP a desenvolver
• Conhecer a estrutura física e dinâmica organizacional e funcional do serviço; • Conhecer a rede de recursos comunitários de suporte à criança e adolescente com necessidades de saúde e/ou comportamentos de risco da UCC; • Intervir em programas no âmbito da saúde escolar; • Identificar situações de risco e evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico na criança e adolescente; • Capacitar emocionalmente os adolescentes para o desenvolvimento de	• Entrevista com a enfermeira orientadora sobre a estrutura do serviço, referentes para a prática e modelo de cuidados dominante, e consulta de bibliografia pertinente; • Consulta de normas e protocolos da UCC para entender a rede de recursos comunitários disponíveis para dar resposta às necessidades de saúde de adolescentes com comportamentos de risco das freguesias abrangidas pela UCC; • Discussão com a orientadora sobre evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico nas crianças e adolescentes; • Observação e discussão com a orientador acerca da intervenção do EEESIP no âmbito da capacitação emocional de crianças e adolescentes para o desenvolvimento de um contrato de saúde, em parceria com a família, que vise a adoção de comportamentos saudáveis; • Observação participante da intervenção do EEESIP nas reuniões do Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NACJR); • Observação participante da intervenção do EEESIP nas reuniões da Comissão de Proteção de Crianças e Jovens;	A 1.1. A 1.3. B 2.1. B 2.2. B 3.1. C 2.1. D 1. D 2.	E1.1. E1.2. E2.3. E2.5. E3.1. E3.3. E.3.4.

estratégias de <i>coping</i> e adoção de comportamentos saudáveis.	• Observação participante em sessões de educação para a saúde na UCC e nas escolas (no âmbito da saúde escolar); • Realização de dossier com os recursos de apoio às crianças e adolescentes em risco existentes nas freguesias abrangidas pela UCC; • Início da elaboração de protocolo de referenciação de adolescentes com comportamentos de risco do serviço de urgência para os cuidados na comunidade através do NACJR.		
---	---	--	--

Quadro dos objetivos / atividades / competências a desenvolver no contexto no Serviço de Urgência

Objetivos específicos	Atividades	Competências comuns do EE	Competências de EEESIP a desenvolver
- Identificar evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico na criança/adolescente; - Reforçar conhecimentos e comportamentos do adolescente e família relativos à saúde; - Identificar fatores de risco (na criança e família) que possam desencadear ou perpetuar a adoção de comportamentos de risco; - Capacitar emocionalmente a criança/adolescente para o desenvolvimento de estratégias de <i>coping</i> e adoção de comportamentos saudáveis.	- Pesquisa e discussão, com a orientadora, de sinais e sintomas de mal-estar psíquico nos adolescentes e de instabilidade das funções vitais das crianças e adolescentes; - Pesquisa e discussão, com a orientadora, sobre estratégias de comunicação, gestão emocional e realização de ensinamentos em situação de urgência/emergência; - Discussão com a orientadora sobre estratégias de <i>coping</i> para a adoção de comportamentos saudáveis através da promoção da autoestima e autoconceito da criança/adolescente; - Observação da intervenção da enfermeira orientadora no âmbito da capacitação emocional de crianças/adolescentes para o desenvolvimento de um contrato de saúde, em parceria com a família, que vise a adoção de comportamentos saudáveis; - Conversação com o cliente em ambiente tranquilo e acolhedor para fomentar a comunicação expressiva de emoções e conhecer quais os fatores de risco, da criança/adolescente e/ou família, que conduziram à adoção de comportamentos de risco; - Observação participante da intervenção do EEESIP nas reuniões do Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NHACJR); - Elaboração de proposta de um protocolo de referenciação (para a consulta de adolescente ou NHACJR) para adolescentes com comportamentos de risco; - Formação de pares relativamente ao protocolo de referenciação para adolescentes com comportamentos de risco; - Elaboração de dossier com informações detalhadas sobre os recursos existentes na comunidade para adolescentes no âmbito da prevenção e promoção da saúde em adolescentes com comportamentos de risco; - Formação s pares sobre os recursos existentes na comunidade que promovem comportamentos de saúde ou ajudam na resolução de problemas de saúde relacionados com a adoção de comportamentos de risco.	A 1. A 2. B 1. B 2. B 3. C 1. C 2. D 1. D 2.	E1.1. E1.2. E2.1. E2.2. E2.3. E2.4. E2.5. E3.3. E.3.4.

Apêndice VI: Sessão de educação para a saúde “Conversar sobre o
risco para viver Feliz(mente)”



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

Estágio com relatório

Planeamento da sessão de educação para a saúde:

Conversar sobre o risco para viver Feliz(mente)

Diana Gomes Pereira, nº 4233

Lisboa



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Estágio com relatório

Planeamento da sessão de educação para a saúde:

Conversar sobre o risco para viver Feliz(mente)

Diana Gomes Pereira, N° 4233

Orientador: Professora Doutora Paula Diogo

Lisboa, Outubro de 2019

ÍNDICE

1. ENQUADRAMENTO	49
2. PLANEAMENTO	51
3. EXECUÇÃO	52
4. PLANO DE SESSÃO	53
5. REGISTO DA SESSÃO.....	58
6. AVALIAÇÃO	60
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	61

APÊNDICES

Apêndice I: Imagens utilizadas nas atividades da sessão de educação para a saúde

1. ENQUADRAMENTO

O serviço de pedopsiquiatria do hospital onde estagiei está instalado fisicamente num Centro de Saúde nas imediações do mesmo e compreende uma equipa multidisciplinar constituída por 1 enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica, 1 administrativa, 1 terapeuta ocupacional, 1 psicomotricista, 3 pedopsiquiatras, 1 médica interna de pedopsiquiatria, 2 psicólogos e 1 assistente social. O horário de atendimento e realização de sessões é das 9h às 17h às segundas, terças, quintas e sextas-feiras, havendo dias em que para atender à disponibilidade dos pais e promover a adesão são agendadas consultas antes das 9h. Às quartas feiras é dia de reuniões multidisciplinares para discussão de planos de cuidados e novos casos, sendo que uma vez por mês há ainda uma reunião com as restantes equipas comunitárias.

A população alvo deste hospital inclui cerca de 76.000 crianças e adolescentes do concelho em que centenas delas precisam de um acompanhamento diferenciado que dê resposta às suas necessidades de saúde no âmbito do crescimento e desenvolvimento saudável. Este serviço de pedopsiquiatria, recebe crianças e adolescentes com distúrbios de comportamento e problemas de desenvolvimento referenciados do serviço de urgência pediátrica e consulta de pediatria do Hospital ou referenciados por outros profissionais (médicos, psicólogos ou enfermeiros da saúde escolar) dos ACES correspondentes. Atualmente o público alvo deste serviço tem entre 13 e 17 anos e apresenta múltiplas patologias e problemas de desenvolvimento, o que faz com que a equipa desenvolva uma intervenção holística e diversificada, com objetivos de desenvolvimento e de aquisição de competências diferenciados e individualizados às necessidades dos adolescentes e famílias.

Destes adolescentes, a sua maioria tem perturbações do espectro do autismo, hiperatividade, perturbações da eliminação, humor, personalidade e linguagem. Muitos destes adolescentes apresentam ainda comportamentos de risco, entre eles o consumo de drogas e álcool, comportamentos auto lesivos e tentativas de suicídio, absentismo escolar, comportamentos de desinibição sexual e/ou exposição excessiva nas redes sociais.

A intervenção da enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica neste serviço visa três objetivos fundamentais, nomeadamente, a

promoção da saúde, a prevenção da doença e a intervenção para o tratamento, reabilitação e reinserção social destes adolescentes. Na sua prática, e tendo em conta o preconizado no regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2018), desenvolve intervenções autónomas e interdependentes.

Para atingir todos os objetivos e desenvolver as intervenções autónomas previstas, a enfermeira especialista em saúde infantil e pediátrica desenvolve uma prática centrada na família e em parceria com os pais/cuidadores. Esta é operacionalizada através da realização de sessões semanais de grupo em co-terapia dirigida a adolescentes e grupos dirigidos aos pais ou pessoas significativas. A sessão de educação para a saúde planeada decorrerá numa destas sessões semanais para adolescentes e incidirá sobre uma das temáticas abordadas por esta equipa multidisciplinar, nomeadamente a prevenção de comportamentos de risco. A proximidade desta temática com a do meu projeto de estágio permitirá o desenvolvimento de competências e conhecimentos no âmbito da capacitação emocional de adolescentes para a prevenção de comportamentos de risco, uma das necessidades de aprendizagem identificadas no meu autodiagnóstico de competências específicas do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediátrica.

2. PLANEAMENTO

Para planear esta sessão de educação para a saúde para adolescentes de um serviço de pedopsiquiatria realizei pesquisa bibliográfica relativamente a estratégias de comunicação e promoção da relação terapêutica com adolescentes com distúrbios de comportamento e problemas de desenvolvimento (cognitivo e/ou emocional). Face à temática selecionada, procurei ainda pesquisar quais os comportamentos de risco mais comuns entre os adolescentes da população portuguesa. O título selecionado para a sessão foi: “Conversar sobre o risco para viver Feliz(mente)”.

Elaborei de seguida um plano de sessão, em que defini como objetivo geral “Capacitar os adolescentes para a adoção de comportamentos promotores da sua saúde física e emocional”. No seguimento deste, defini 4 objetivos específicos, nomeadamente: 1) Explicar o que são comportamentos de risco; 2) Identificar diferentes comportamentos de risco experienciados durante a adolescência; 3) Descrever o impacto dos comportamentos de risco na saúde dos adolescentes; 4) Conhecer atividades/ estratégias e recursos promotores da saúde (mental e emocional) de cada um dos adolescentes do grupo.

Para possibilitar o cumprimento das atividades definidas no plano de sessão foi realizada ainda a pesquisa de um vídeo que definisse comportamentos de risco de um modo perceptível pela população alvo e de imagens alusivas a comportamentos de risco e a comportamentos / atividades promotoras da saúde física e emocional nos adolescentes.

Após o planeamento da sessão foi realizada uma discussão com a enfermeira orientadora para validar os objetivos e atividades planeadas, seguida da realização dos ajustes necessários. As principais preocupações foram a adequação do vocabulário utilizado, a seleção de atividades ajustadas ao nível cognitivo destes adolescentes e ao modo de abordagem desta temática no sentido da prevenção e não no sentido de “sugestão” de novos comportamentos de risco. Após a realização da sessão foi ainda realizada uma avaliação da mesma, com base na avaliação dos adolescentes e da enfermeira orientadora.

3. EXECUÇÃO

A sessão de educação para a saúde para os adolescentes do serviço de pedopsiquiatria em que estagiei, intitulada “Conversar sobre o risco para viver Feliz(mente)” decorreu no dia 22 de outubro de 2019 pelas 9h15 e contou com a presença de 5 adolescentes, com idades entre os 14 e 17, que apresentam distúrbios de comportamento e problemas de desenvolvimento. O local escolhido foi a sala de terapia ocupacional do centro de saúde onde os adolescentes têm a sua sessão terapêutica semanal em co-terapia (enfermeira e terapeuta ocupacional).

Esta sessão de trabalho semanal tem a duração média de cerca de 1h30, sendo que a sessão de educação para a saúde que planeei decorreu nos últimos 30 minutos. No decorrer da sessão foram mobilizados recursos audiovisuais, apelada à criatividade dos adolescentes para a elaboração de trabalhos manuais e estimulada a relação terapêutica e discussão de temas abordados tal como descrito no planeamento da sessão.

4. PLANO DE SESSÃO

Formadores: mestranda do mestrado em enfermagem na área de especialização em saúde infantil e pediátrica e Enfermeira Orientadora

População alvo: Adolescentes de uma sessão terapêutica semanal em co-terapia do serviço de pedopsiquiatria

- **A.J.** (15 anos) – Antecedentes: Vítima de maus tratos infantis; Institucionalizada. Diagnóstico: Perturbação do humor e vinculação. Manifestações: apresenta uma desinibição sexual, reatividade aos outros, impulsividade e dificuldade de gestão das suas emoções e das gratificações. No dia da sessão apresentava labilidade emocional e frustração relacionadas com o facto de ser o aniversário da irmã (atualmente a viver num país estrangeiro) e não poder comparecer na sua festa de aniversário.
- **L.** (14 anos) – Antecedentes: Inserido em família com contexto instável com saída do pai de casa recentemente, o que tem desencadeado episódios de maior instabilidade e sentimentos de zanga e revolta. Apresenta relação conflituosa com a mãe. Diagnóstico: Perturbação da eliminação. Manifestações: encoprese (já melhorada).
- **A.C.** (17 anos) – Antecedentes: Vítima de bullying na escola. Diagnóstico: Quadro subdepressivo. Manifestações: comportamentos autolesivos não suicidários que evoluíram para uma tentativa de suicídio por cortes ao nível dos punhos no ano de 2016.
- **M.** (14 anos) – Antecedentes: Adolescente facilmente influenciada pelos pares, nomeadamente no que concerne à adoção de comportamentos disruptivos e de risco. Diagnóstico: Défice cognitivo e PHDA (não têm resposta noutra serviço que não na pedopsiquiatria a partir dos seis anos). Manifestações: Hiperatividade, insucesso escolar e um ano de absentismo.
- **F.** (15 anos) – Antecedentes: vítima de maus tratos na primeira infância. Diagnóstico: Défice cognitivo classificado como moderado a grave. Manifestações: Impulsividade e agressividade.

Título: Conversar sobre o risco para viver Feliz(mente)

Local: Sala de terapia ocupacional do centro de saúde

Duração: 45 minutos

Objetivo geral: Promover a reflexão por parte dos adolescentes para a adoção de comportamentos saudáveis.

Problemas e necessidades de aprendizagem identificados na população alvo:

- Défice de conhecimento relativamente ao que são comportamentos de risco e quais as suas implicações na saúde e qualidade de vida;
- Potencial de melhoria na utilização de atividades diárias fomentadoras de emoções positivas para a promoção da sua saúde (mental e emocional) e prevenção da adoção de comportamentos de risco.

	Objetivos específicos	Conteúdos	Método	Estratégias	Recursos didáticos	Tempo
Introdução	1) Explicar o que são comportamentos de risco	Apresentação da sessão e formadora. Definição de comportamentos de risco.	Expositivo	Exibição de filme acerca do que são comportamentos de risco https://www.youtube.com/watch?v=2R9JZy-w-44	Para a visualização do vídeo são necessários um computador e um projetor na sala onde decorrerá a sessão.	10 minutos
Desenvolvimento	2) Identificar diferentes comportamentos de risco de adolescentes durante a adolescência. 3) Descrever o impacto dos comportamentos de risco na saúde dos adolescentes.	Enumeração de diferentes comportamentos de risco e possível impacto que cada um deles pode ter na saúde dos indivíduos.	Debate Participativo	Discussão com os adolescentes de comportamentos de risco e ideias gerais do impacto que estes podem ter na sua saúde. Colagem de imagens ilustrativas dos comportamentos de risco identificados e descrição com palavras/imagens do seu possível impacto na saúde.	Para a realização desta atividade será necessário: uma cartolina, canetas de diferentes cores, imagens alusivas aos diferentes comportamentos de risco e cola. É ainda necessária a colaboração dos adolescentes para a discussão das temáticas abordadas.	15 minutos

Desenvolvimento	4) Conhecer atividades/estratégias e recursos promotores da saúde (mental e emocional) de cada um dos adolescentes do grupo.	Estratégias para lidar com as emoções no dia a dia; Atividades diárias promotoras do bem-estar; Hobbies; Reflexão sobre o que é ser feliz.	Participativo e Expositivo	Ilustração (com palavras, imagens disponibilizadas e recortes de revistas) de atividades que os adolescentes desenvolvem no seu dia-a-dia e consideram promotoras do seu bem-estar e saúde e de estratégias / recursos que mobilizam quando estão tristes ou zangados.	Para a realização desta atividade será necessário: cola, uma folha com tamanho A3 para cada adolescente, canetas de diferentes cores e imagens de atividades lúdicas. É ainda necessária a colaboração dos adolescentes através da apresentação dos seus trabalhos individuais.	15 minutos

Conclusão e Avaliação	Avaliar se os objetivos propostos foram atingidos.	Avaliação da sessão	Participativo e Reflexivo	Avaliação, por parte dos adolescentes, dos contributos da sessão, pertinência do tema e metodologia adotada.	Colaboração dos adolescentes.	5 minutos

5. REGISTO DA SESSÃO

A sessão de educação para a saúde decorreu na segunda metade da sessão semanal de grupo em co-terapia dos adolescentes descritos. Esta teve início com uma atividade em grupo que visava definir regras de convivência entre eles nas sessões que promovessem o bom funcionamento do mesmo. Durante a realização desta atividade ocorreu uma breve discussão entre duas adolescentes que causou a desregulação emocional de uma delas, levando-a a sair da sala. A enfermeira orientadora saiu da sala para acompanhar a adolescente que se ausentou, tentando gerir a situação e reconduzi-la para a atividade, havendo mesmo a necessidade de administrar a medicação que esta tinha prescrita em SOS para este tipo de situações (olanzapina®).

No entanto, eu permaneci na sala a dar continuidade à atividade que estava a decorrer (listagem de regras, direitos e dever para o bom funcionamento do grupo) e foi necessário gerir as emoções dos outros quatro adolescentes que participavam na sessão. Após a saída da adolescente, os dois rapazes do grupo ficaram irrequietos, um deles com agitação psicomotora e agressividade física dirigida ao outro. Enquanto isso, a M. colaborava de forma negativa com verbalizações que incitavam à violência e à agressividade entre os dois rapazes. A C. mantinha-se introspetiva e observadora. Optei por colocar os rapazes separados na mesa (e não um ao lado do outro como estavam inicialmente), tentando focá-los na tarefa. Mesmo depois do regresso da adolescente, A.J., e da enfermeira orientadora fazia-se sentir uma certa inquietação generalizada, tornando difícil retomar a harmonia para trabalhar em grupo. Todos disputavam por atenção e uma das estratégias encontradas por eles foi começarem a tossir, em especial a A.J., referindo “são as minhas alergias” (sic). Este tempo de gestão dos acontecimentos fez com que a sessão de educação para a saúde que tinha planeado tivesse início mais tarde, o que impossibilitou o cumprimento de todas as atividades planeadas. Contudo foi possível, com eles mais calmos, iniciar a sessão com a visualização do vídeo proposto. O vídeo (retirado do youtube) depois de editado, de acordo com as recomendações da enfermeira orientadora, tinha a duração de três minutos e meio. Nele foram descritos alguns comportamentos de risco, nomeadamente sexualidade (risco de gravidez e infeções sexualmente

transmissíveis), atividades radicais (risco de dano físico), hábitos alimentares (risco de obesidade; não foram abordadas questões relacionadas com anorexia e bulimia por indicação da enfermeira orientadora pelo risco de induzir o comportamento), adição ao jogo e redes sociais e consumo de álcool e/ou tabaco. O vídeo apresentava ainda soluções para prevenir/diminuir a adoção destes comportamentos, nomeadamente o apoio da família ou de um profissional e o convívio com os amigos.

Na sequência do vídeo foram realizadas duas perguntas de resposta aberta, nomeadamente, “Sabem o que são comportamentos de risco?” e “Que impactos é que esses comportamentos podem ter na nossa vida?”. Os adolescentes referiram ser comportamentos que “podem causar alterações à nossa saúde ou magoar-nos” (sic). Na atividade de colagem de imagens ilustrativas dos comportamentos de risco identificados e descrição com palavras/imagens do seu impacto na saúde (apêndice 1) foi possível contar com a participação de todos os adolescentes. Estes, deram contributos pertinentes sobre os diferentes comportamentos de risco e qual o impacto que estes podem ter na sua saúde como por exemplo, na obesidade “Ficamos gordos e não podemos fazer atividades que gostamos. Eu tenho lá uma colega nos bombeiros que a farda não lhe serve e as únicas coisas que pode fazer é atender telefones e conduzir a ambulância” (sic) ou, em relação ao consumo de álcool e violência “Quando bebemos ficamos mais agressivos e podemos fazer o que não gostamos, bater ou matar” (sic).

A última atividade da sessão consistia em identificar, com palavras e imagens, atividades que eles desenvolvem no seu dia-a-dia e consideram promotoras do seu bem-estar e saúde e de estratégias / recursos que mobilizam quando estão tristes ou zangados. Não foi possível, pelo atraso no início da sessão, desenvolver esta atividade como estava planeada, pelo que foi feita uma adaptação no momento e optou-se por, remetendo novamente ao vídeo, conversar e pedir o contributo dos adolescentes para elencar atividades promotoras de emoções positivas e que facilitem a gestão de acontecimentos desagradáveis ou adoção de comportamentos de risco. Na sua maioria elencaram atividades como ouvir música, dançar, cantar ou praticar exercício físico. A sessão encerrou com a avaliação da mesma por parte dos adolescentes.

6. AVALIAÇÃO

Ao avaliar de modo crítico a sessão de educação para a saúde realizada considero que atingi o objetivo da mesma, nomeadamente “promover a reflexão por parte dos adolescentes para a adoção de comportamentos saudáveis”. Considero que teve uma adesão total, uma vez que todos os adolescentes participaram nas atividades e questões debatidas.

No que concerne aos meios utilizados, considero que iniciar a sessão com um vídeo foi um elemento importante para despertar a atenção dos adolescentes e orientar o pensamento para que depois pudessem responder já com ideias e pistas sobre o tema.

O tempo total da sessão acabou por ser de 30 minutos e não de 45 minutos como inicialmente previsto. Isto fez com que fosse necessário encurtar o tempo das atividades planeadas e reformular o método e estratégias previstas para trabalhar o último conteúdo e atingir o objetivo 4). Contudo, apesar deste constrangimento de tempo acredito que foi possível atingir todos os objetivos previstos. De acordo com o feedback dado pelos adolescentes no momento de avaliação final da sessão, esta abordou temas do seu interesse que gostariam de poder conversar e aprofundar noutras sessões em grupo. Em percentagem:

Avaliação da atividade:

$$\frac{\text{Nº de atividades realizadas}}{\text{Nº de atividades previstas}} = \frac{4}{5} \times 100 = 80\%$$

Uma vez que a última atividade foi adaptada, não decorrendo como inicialmente planeada.

Avaliação do resultado:

$$\frac{\text{Nº de pessoas que identificaram o fenómeno}}{\text{Nº de pessoas que participou no projecto}} = \frac{5}{5} \times 100 = 100\%$$

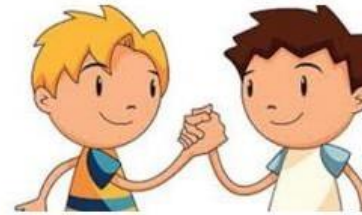
Uma vez que todos os adolescentes participaram nas atividades propostas.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ❖ Andrade, M. I. (1995). *Educação para a Saúde – Guia para professores e educadores*. Lisboa: Texto Editores.
- ❖ Lucas, I.; Vilelas, J.; Xavier, S.; Diogo, P.; Almeida, T.; Caeiro, M. J.; & Fonseca, R. (2017). Gestão Emocional e Comportamentos de risco no Adolescente: Intervenção do Enfermeiro em Educação para a Saúde in Diogo, P. (2017) *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem - Projeto Multiestudos* (105-148). Loures: Lusodidacta.
- ❖ Redman, B. (2003). *A prática de Educação para a Saúde* (A.P. Santos, Trad.). (9ºed.). Lisboa: Lusociência. (tradução do original inglês *The Practice of Patient Education*, 9º ed., 2001).
- ❖ Rochon, A. (1996). *Educacion para la Salud: Guia practica para realizar un proyecto*. Barcelona: Mason, S.A.
- ❖ Saewyc, E. M. (2014). *Capítulo 19: Promoção da Saúde do Adolescente e da Família* in M. Hockenberry & D. Wilson (2014). *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (784-823). (A. P. Fonseca, Trad.) (9ª Ed), Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês *Wong's Nursing Care of Infants and Children*, 9th Edition, 2011, Missouri: Mosby Elsevier).
- ❖ Silva, C. A. F. S. (2016). *Programa de Prevenção de Comportamentos de Risco e Promoção de uma Cidadania Saudável: Alinhas?*. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia: Escola de Psicologia e Ciências, Lisboa.
- ❖ Townsend, M. C. (2011). *Enfermagem em Saúde Mental e Psiquiátrico – Conceitos de Cuidado na Prática Baseada na Evidência*. (S. C. Rodrigues, Trad.) (6ªed), Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês *Psychiatric Mental Health Nursing Concepts of Care in Evidence – Based Practice*).

APÊNDICES

Apêndice I: Imagens utilizadas nas atividades da sessão de
educação para a saúde







Hábitos alimentares



Sedentarismo / Atividade física



Dependência das
Tecnologias



Consumo de álcool
e tabaco

Apêndice VII: Ferramenta educativa “Perturbação de
Hiperatividade e Défice de Atenção”

Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção (PHDA)

Aluna de EESIP da ESEL:
Diana Gomes Pereira
Enfermeira Orientadora: Patrícia Pereira



Definição

❖ "A PHDA tem uma base genética, em que estão implicados diversos factores neuropsicológicos, que provocam na criança alterações na atenção, impulsividade e uma grande agitação motora. trata-se de um problema generalizado de falta de autocontrolo com repercussões no seu desenvolvimento, na sua capacidade de aprendizagem e na sua adaptação social" (Barceló, 2005 citado por Filipe, 2011, pg.20).

❖ Caracterizada por:



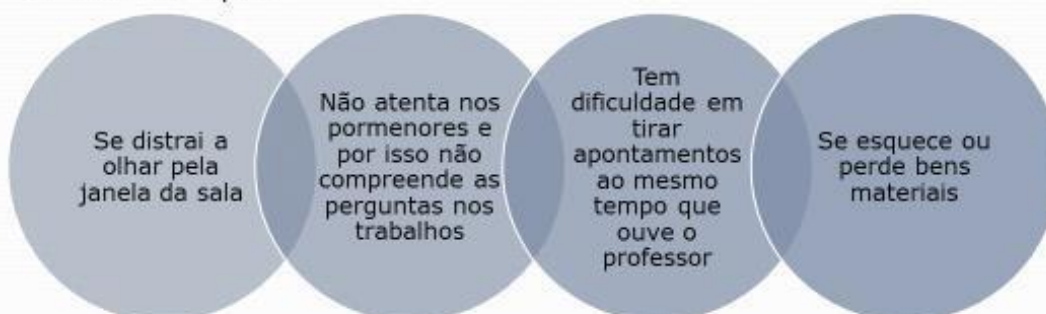
Crítérios de Diagnóstico

- ❖ “Um padrão persistente de desatenção e/ou hiperatividade-impulsividade que interfere com o funcionamento ou desenvolvimento (...)” (American Psychiatric Association, 2015, p.31) que pode apresentar-se de 3 formas:



Principais dificuldades das crianças com PHDA com predomínio da Desatenção

- ❖ Dificuldade em iniciar ou manter o esforço em atividades que não lhe gerem interesse;
- ❖ Memória a curto prazo (têm dificuldade em reproduzir o que se acabou de explicar) e de trabalho (articular vários tipos de informação ao mesmo tempo);
- ❖ Controlo executivo (capacidade de refletir e planear antes de atuar, planificar, organizar o tempo e antecipar consequências).
- ❖ É o aluno que...



Estratégias promotoras do desenvolvimento em crianças com PHDA com predomínio da Desatenção

❖ Isolamento do espaço de trabalho

- Em casa: criar um espaço tranquilo com secretária no quarto sem écrans ou outros elementos distrativos.
- Na escola: sentar a criança junto da secretária do professor e permitir que se sente numa mesa mais isolada para realizar exercícios que exigem maior concentração dando-lhe mais atenção.



Estratégias promotoras do desenvolvimento em crianças com PHDA com predomínio da Desatenção

❖ Criança ativa e colaborativa nas tarefas domésticas.

❖ Na escola é o aluno que distribui testes, apaga o quadro, fecha a porta à chave...

2 a 3 anos	4 a 5 anos	6 a 8 anos	9 a 11 anos	12 a 14 anos
Arrumar brinquedos	Arrumar a casa	Lavar a loiça	Trocar roupa de cama	Limpar wc
Tirar o prato da mesa	Colocar roupa na máquina	Pôr e tirar a mesa	Preparar lanches	Colocar roupa a lavar
Guardar os sapatos	Arrumar a roupa	Ir ao lixo	Limpar móveis	Cuidar das plantas
Colocar roupa suja no cesto	Arrumar parte da loiça	Varrer o chão	Cuidar de animais	Fazer compras rápidas
Limpar pequenas superfícies	Ajudar a pôr a mesa	Aspirar a casa	Ajudar a preparar o jantar	Cuidar de irmãos mais novos
Ir buscar fruta à fruteira	Limpar o pó	Lavar o quintal	Limpar espelhos	Passar pano no chão
Pôr guardanapos na mesa	Regar plantas	Arrumar compras	Escrever lista supermercado	Preparar pequenas refeições
Despir-se	Separar o lixo	Estender roupa	Arrumar a loiça	Separar contas

Estratégias promotoras do desenvolvimento em crianças com PHDA com predomínio da Desatenção

- ❖ Usar um tom de voz tranquilo mas firme, dando tarefas curtas de complexidade ajustada (salientar pontos chave) e procurando estabelecer o contacto ocular. Pode utilizar imagens para ilustrar as tarefas. Exemplos:

Idade escolar

- Vai lavar os dentes e depois vem ter com a mãe.
- Vai vestir o pijama que eu já lá vou ter contigo ao quarto para te ler uma história.



Adolescência

- Depois de tomares banho vamos jantar todos juntos.



Estratégias promotoras do desenvolvimento em crianças com PHDA com predomínio da Desatenção

A existência de hábitos regulares com horários específicos pode ajudar! Para facilitar...pode usar quadros de tarefas com horários e ilustrações...



Estratégias promotoras do desenvolvimento em crianças com PHDA com predomínio da Desatenção

- ❖ Dar tarefas promotoras de sucesso, autolimitadas no tempo, acompanhadas de feedback constante e reforço positivo imediato.

DICA: pode ajudar ter um relógio na zona de trabalho para limitar o tempo das diferentes atividades

Estrutura	Dar escolhas com Se/Então	Tempo de transição
Estabeleça um horário para comer, realizar tarefas, dormir, etc.  Estabeleça regras simples Ideias para proporcionar estrutura: 1. Regras da família 2. Tabela de tarefas 3. Rotinas	"Se comeres os vegetais..."  "...então poderás comer a sobremesa"  Ao usar "Se-Então" a criança aprenderá que as suas escolhas têm consequências	Dê à criança um limite de tempo para realizar a tarefa. P.e "Faz a tua cama antes das 9h"  "Quando terminar esse exercício do TPC vai tomar banho" Tempo de transição: prepara a criança mentalmente para a próxima atividade, proporcionando transições mais tranquilas

Estratégias promotoras do desenvolvimento em crianças com PHDA com predomínio da Desatenção

- ❖ Permitir soluções colaborativas:
 - Na escola: realizar trabalhos de grupo em conjunto com outros estudantes;
 - Em casa: desenvolver atividades domésticas ou TPC's em conjunto com os pais ou irmãos mais velhos;
 - Nos tempos livres: é importante praticar desportos e atividades de lazer em grupo (p.e. karaté, dança).



Principais dificuldades das crianças com PHDA com predomínio da Impulsividade/Hiperatividade



Estratégias promotoras do desenvolvimento em crianças com PHDA com predomínio da Impulsividade/Hiperatividade

- ❖ Estabelecer contacto ocular associado à atribuição de tarefas claras através de instruções curtas e específicas.

DICA: Pode usar imagens e utilizar o toque para promover proximidade física.



Estratégias promotoras do desenvolvimento em crianças com PHDA com predomínio da Impulsividade/Hiperatividade

- ❖ Promover um ambiente que permita o movimento (p.e. colocar elástico debaixo da secretária para despendar energia);



- ❖ Ignorar pequenos movimentos reguladores da atenção e dos impulsos (procurar não repreender todos os períodos de ligeira irrequietude, a criança precisa deles para descomprimir. Corrigir e chamar à atenção apenas quando desrespeita regras ou perturba os restantes).

Estratégias promotoras do desenvolvimento em crianças com PHDA com predomínio da Impulsividade/Hiperatividade

- ❖ Sinalizar as necessidades de regulação associada a quadros de regras (acerca do que deve fazer p.e. "Devo lavar as mãos antes das refeições").



Estratégias promotoras do desenvolvimento em crianças com PHDA com predomínio da Impulsividade/Hiperatividade

- ❖ Permitir intervalos e pausas nas tarefas (combinar sinais de alarme como p.e. professora preciso de ir à casa de banho).
 - Time Out – de preferência ir desenvolver uma atividade que despenda energia como correr, andar de bicicleta ou jogar basket durante 5 minutos
 - Espaço calma



Estratégias promotoras do desenvolvimento em crianças com PHDA com predomínio da Impulsividade/Hiperatividade

☐ DAR REFORÇO POSITIVO

- ☐ Pensar de forma positiva
- ☐ Retirar a crítica – Aumentar autoestima
- ☐ Identificar comportamentos a reforçar
- ☐ Reforçar imediatamente e de forma contínua
- ☐ Ajudar a criança a conseguir ter sucesso e a mantê-lo

Reforço Positivo

Recompense um comportamento positivo com uma consequência positiva



Exemplos de reforços positivos: tempo para brincar, um abraço, uma atividade no exterior...

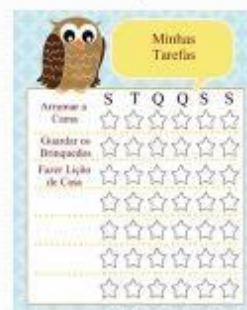
A frequência do bom comportamento aumenta quando é seguido por uma consequência positiva

Estratégias promotoras do desenvolvimento em crianças com PHDA com predomínio da Impulsividade/Hiperatividade



Estratégias promotoras do desenvolvimento em crianças com PHDA com predomínio da Impulsividade/Hiperatividade

- ❖ Dar recompensas como por exemplo tempo juntos a jogar ou desenvolver uma atividade que a criança goste ou atribuir "votos" de confiança para realizar uma tarefa.
- ❖ Pode ajudar utilizar um "sistema de economia de fichas", ou seja, definir uma tabela de tarefas/objetivos a cumprir diariamente durante a semana. Cada tarefa/objetivo vale pontos e se a criança atingir o objetivo de pontos definido pelos pais nessa semana tem direito a uma recompensa.



(NOTA a recompensa deve ser definida no momento de preenchimento da tabela e ser do interesse da criança. No adolescente pode trabalhar-se o adiamento da recompensa)



Tabela de Recompensas

Cada tarefa vale 1 ponto

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Tomar o pequeno almoço							
Lavar os dentes às 7h15							
Estar pronto para sair às 7h30							
Fazer TPC quando chego a casa							
Tomar banho às 18h50							
Preparar a mochila às 19h45							
Recompensa: Ir ao skatepark (20)				Pontos:			



Tabela de Recompensas

Cada tarefa vale 1 ponto

	Segunda	Terça	Quarta	Quinta	Sexta	Sábado	Domingo
Recompensa:					Pontos:		



Minhas Tarefas



Estratégias promotoras do desenvolvimento em crianças com PHDA

- ❖ Estabelecer consequências negativas para os comportamentos inadequados (p.e. se chegares atrasado amanhã depois de ires ao café com os teus amigos não voltas a sair durante 2 semanas);
- ❖ A consequência deve ser proporcional à gravidade da regra quebrada e à persistência do comportamento;
- ❖ Evitar a punição física. Deverá optar-se pela privação de objeto significativo ou privilégios previamente adquiridos.



Estratégias promotoras do desenvolvimento em crianças com PHDA

- ❖ Ignorar e aprender a manter a calma positiva

Comportamentos que devem ser ignorados

- Amusos, gritos, não responder a perguntas, praguejar, expressões não verbais de ameaça ou revolta.

Comportamentos que não devem ser ignorados

- Violência contra pais ou irmãos, comportamentos que causem dano ou estragos materiais ou nas pessoas, linguagem inaceitável e situações que ponham o próprio em perigo.



Dificuldades das crianças com PHDA na escola



Estas crianças têm um rendimento académico que pode ser muito inferior às suas capacidades intelectuais devido aos seus problemas de atenção, memória e escasso controlo dos impulsos.

Dificuldades vividas

Dificuldades de aprendizagem (insucesso escolar);
Baixa auto-estima e problemas emocionais;
Problemas de comportamento e de personalidade;
Dificuldades nas relações familiares e sociais.

Adaptar avaliação

Dar mais tempo para realizar os testes;
Facilitar a leitura das perguntas ou ajudar na escrita;
Possibilitar o acesso a computadores ou gravações;
Permitir instrumentos de avaliação alternativos;
Preferir avaliações orais.

Referências Bibliográficas

- ❖ American Psychiatric Association (2015). *Guia de Referência rápida para os critérios de diagnóstico DSM-5*. (Agostinho, Oliveira, Gonçalves et al., Trad.) (5ª Ed), Lisboa: Climepsi Editores (Tradução do original do inglês Desk Reference to the Diagnostic Criteria From DSM-5, 5th Edition, 2013, Arlington: American Psychiatric Association).
- ❖ Filipe, M.D.B.M. (2011). *Práticas/Estratégias educativas na perturbação de hiperatividade e défice de atenção* (Obtenção de grau de mestre). Escola Superior de Educação Almeida Garret.
- ❖ <https://hiperatividade.com.pt/diagnostico/>
- ❖ Maia, C. (s.d.). *Perturbação de Hiperatividade e Défice de Atenção: Um guia para professores*. Amarante: Hospital de São Gonçalo.
- ❖ Rodrigues, A. & Ávila, R. (2019). *PHDA e Escola. Como intervir?* – Apresentado no 2º Congresso Nacional PHDA que decorreu nos dias 10 e 11 de Outubro de 2019.

Apêndice VIII: Avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan a
criança de 2 anos



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

Estágio com relatório

**Avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan
a criança de 2 anos**

Diana Gomes Pereira, nº 4233

Lisboa



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Estágio com relatório

**Avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan
a criança de 2 anos**

Diana Gomes Pereira, N° 4233

Orientador: Professora Doutora Paula Diogo

Lisboa, Novembro de 2019

ÍNDICE

1. CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DE UM TODDLER	99
2. HISTÓRIA DE ENFERMAGEM	102
3. CONSULTA DE ENFERMAGEM	105
4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	108

1. CRESCIMENTO E DESENVOLVIMENTO DE UM TODDLER

O período entre os 12 e os 36 meses de idade corresponde a uma fase de intensa exploração em que o *toddler* procura descobrir como funcionam as coisas. Uma fase em que descobre o poder que fazer uma birra pode ter para atingir um objetivo e, em simultâneo, aprende o significado da palavra “não”.

A nível sensorial, a audição, o olfato, tato e paladar desenvolvem-se e permitem maior coordenação de movimentos, o que permite avaliar e analisar mais rigorosamente os objetos. Torna-se menos recetível à experimentação de novos alimentos e texturas, avaliando sempre a aceitação ou recusa desses mesmos alimentos por parte dos pais.

É também nesta etapa de desenvolvimento que adquirem competências na marcha, começando entre os 12 e os 13 meses a andar sozinhos, ainda com uma postura larga para aumentar a base de sustentação e equilíbrio, e aos 18 meses começam a tentar correr mas caem com facilidade. Entre os 2 e os 3 anos, adquirem maior coordenação e equilíbrio e desenvolvem capacidade de descer e subir degraus, saltar com os dois pés e aguentar-se num só pé (Wilson, 2014).

Uma das tarefas de desenvolvimento psicossocial nesta etapa é a aquisição de autonomia, ou seja, de diferenciação de si próprio em relação aos outros, ao mesmo tempo que ultrapassa a dúvida e a vergonha. Vão conseguindo prever o comportamento habitual dos pais e por esse motivo desenvolvem maior tolerância à separação. Aumentam a capacidade de interação com os outros de modo menos egocêntrico e tentando comunicar verbalmente o que, aliado ao maior controlo que têm das funções do seu próprio corpo, lhes permite imitar os comportamentos socialmente aceitáveis. À medida que vai conseguindo adiar a gratificação surge o ego e depois, com a interiorização dos princípios morais da sociedade em que está inserido, o superego (Papália, Olds & Feldman, 2009; Wilson, 2014).

No que concerne ao desenvolvimento cognitivo, o *toddler* atravessa várias etapas que vão permitindo o aumento progressivo da complexidade das suas operações mentais. Entre os 12 e os 24 meses apresenta ainda uma competência lógica primitiva mas potencial para aprender a linguagem. Entre os 13 e os 18 meses aguça a curiosidade e passa para a experimentação

sucessiva, o que lhe permite estabelecer relações espaciais e causais entre acontecimentos e começa a revelar indícios de memória destas mesmas experiências e a noção de permanência de um objeto. A partir dos 24 meses começam a tentar imitar atividades domésticas, com preferência pelas realizadas pelo progenitor do mesmo género (Papália, Olds & Feldman, 2009; Wilson, 2014).

Na tabela 1, representada abaixo, estão descritos de modo resumido e sistematizado, os diferentes marcos de desenvolvimento do *toddler*.

	<i>Motricidade fina</i>	<i>Competências auditivas, na fala e linguagem</i>	<i>Desenvolvimento social</i>	<i>Autonomia pessoal</i>
<i>12 meses</i>	Agarra objetos muito pequenos	Compreende nomes familiares		
<i>15 meses</i>	Atira brinquedos intencionalmente para o chão; Faz rabiscos	Seleciona 4 objetos e indica partes do próprio corpo	Explora objetos no ambiente circundante; imita atividades diárias; tem um comportamento rebelde.	Segura a colher e consegue levá-la à boca, mas ainda sem evitar que esta se vire
<i>18 meses</i>	Imita o desenho de um traço	Indica partes do corpo de uma boneca; Conhece e verbaliza 1 a 6 palavras		Consegue segurar a colher e levá-la à boca com eficácia.
<i>21 meses</i>		Conhece 7 a 20 palavras		
<i>24 meses</i>	Imita o desenho de uma linha vertical 30º	Executa ordem com duas ações; Conhece mais do que 50		Consegue comer autonomamente com a colher

		palavras.			
2 anos e $\frac{1}{2}$	Vira várias páginas do livro ao mesmo tempo; Imita o desenho de linha horizontal	Conhece mais de 200 palavras e tenta formar frases com 3 a 4 palavras.	Brinca com outras crianças mas ainda sem partilhar objetos		
3 anos	Vira 1 página de cada vez de um livro; Imita desenho de cruz				

(Wilson, 2014)

2. HISTÓRIA DE ENFERMAGEM

❖ Identificação do Cliente

A T.C., *toddler* do género feminino, nasceu no dia 01/08/2017 com 29 semanas + 5 dias, e tem atualmente 24 meses de idade corrigida. Tem nacionalidade portuguesa e é caucasiana. Frequenta o infantário desde os 8 meses. Vive no concelho de C. com os seus pais e irmã. A mãe tem 32 anos e está empregada numa empresa como gestora de Marketing. O pai tem também 32 anos e é engenheiro mecânico de profissão. A irmã de 3 anos e frequenta a escola.

❖ Antecedentes pessoais de saúde

Prematura de 29 semanas + 5 dias, com muito baixo peso à nascença (1435g), um índice de Apgar 8/9/9, sépsis precoce, ventriculomegalia bilateral, icterícia precoce e apneias de prematuridade.

❖ Antecedentes familiares de saúde

A mãe é saudável e o pai é asmático. A irmã é saudável. Tem um primo de 3 anos com epilepsia.

❖ História de enfermagem

Com o intuito de contextualizar o crescimento e desenvolvimento nos primeiros 2 anos de vida, foram consultados os registos de enfermagem disponíveis no processo informático da cliente e procedida a uma exposição dos mesmos na presente história de enfermagem.

Nasceu de cesariana no Hospital C. e pelos motivos descritos nos antecedentes pessoais de saúde ficou internada e foi submetida a estimulação precoce do desenvolvimento motor e treino para aquisição da autonomia alimentar. Ficou referenciada para a equipa de intervenção precoce, com seguimento pela medicina física, terapia da fala e de reabilitação do hospital e a ser seguida na consulta de desenvolvimento médica e de enfermagem.

Com um mês de idade corrigida apresentava uma preferência de rotação da cabeça para a direita, inclinação para a esquerda e mau controlo da cabeça em decúbito ventral, pelo que foram feitos ensinamentos aos pais dos exercícios,

posicionamento correto e estímulos para melhoria do controlo da posição da cabeça.

Aos 3 meses de idade corrigida apresentava uma maior adaptação ao decúbito ventral e melhor controlo de cabeça, mas continuava a preferir o lado direito, com rotação espontânea para a esquerda, contudo com uma discreta plagiocefalia. Cumpria os critérios dos 3 meses da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (Direção-Geral da Saúde, 2012).

Na consulta de enfermagem aos 8 meses (6 e 1/2 meses de idade corrigida) apresentava-se calma e bem disposta, sorridente à aproximação. Era audível uma discreta obstrução nasal com farfalheira e tosse produtiva. Bom tónus axial, demonstrando capacidade de apanhar o objeto na linha média com preferência para o lado direito. Os pais referiram estar a cumprir uma diversificação alimentar adequada à idade, revelando ainda alguma dificuldade na introdução da colher. Abdómen depressível e sem alterações do trânsito gastrointestinal. Realizados ensinamentos aos pais para que entre os 7 1/2 e 8 meses de idade corrigida aumentem a consistência das sopas, deixando grumos para integração às texturas, e reforcem a necessidade de desenvolvimento e interação sensorial à esquerda. Devido à presença de tosse produtiva e farfalheira no dia da consulta foram ainda realizados ensinamentos sobre limpeza das vias aéreas com soro fisiológico.

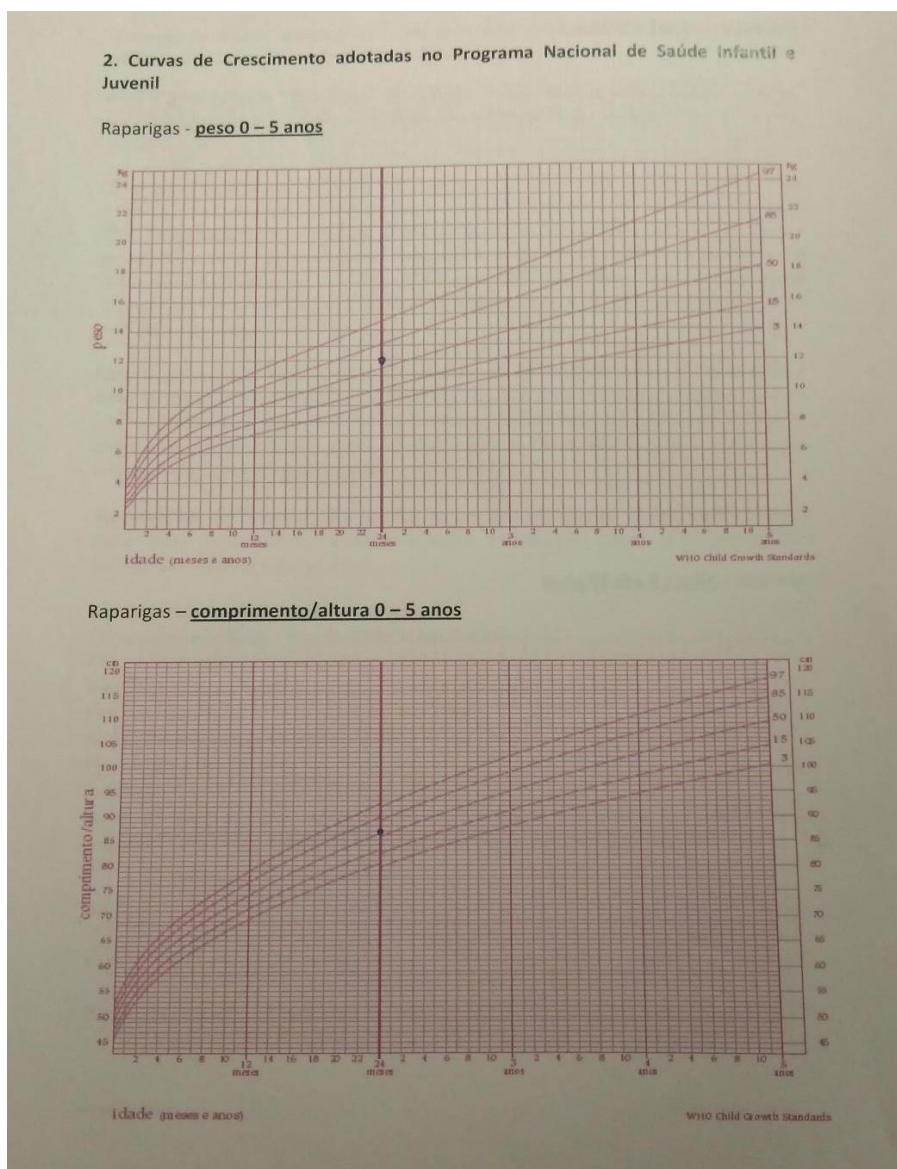
Na consulta de enfermagem aos 13 meses (11 1/2 Meses de idade corrigida) era capaz de gatinhar e se colocar em pé fica em pé uns segundos sem apoio. Demonstrava capacidade de se baixar sozinha ficando de cócoras ou deambular com apoio de uma mão. Na consulta o calçado não era o mais apropriado para caminhar, pelo que foi dada a recomendação de adquirir calçado adequado à idade da criança. Na avaliação da enfermeira apresentava um desenvolvimento adequado para a idade e a plagiocefalia corrigida. Suspendeu tratamentos de fisioterapia. No registo de enfermagem pode ainda ler-se:

Mary Sheridan 12 meses - marcha autónoma desde há 2 meses; diz olá e mama; ótimo contacto social; aponta para o quer; cumpre ordens simples; diz adeus; faz o som dos beijinhos "a pedido"; bebé usando o biberon. Perímetro Cefálico no Percentil 50-85 (mesma curva de crescimento desde 9 meses); Peso no Percentil 15; Ótimo contacto social.

Aos 18 meses (16 meses de idade corrigida) já frequentava a creche. Mãe referiu na consulta que começou a dizer as primeiras palavras aos 14 meses, nomeadamente mamã, papá, não, cão e já está. Usa a colher e bebe pelo copo, alimenta-se de tudo e mastiga sem dificuldade. Mãe referia que gosta pouco de fruta mas que pais íam continuar a tentar oferecer. Bom padrão de sono e sem alterações no padrão de eliminação. T.C. apontava o que queria e cumpria ordens simples. Identificava as pessoas e os brinquedos. Fazia birras quando é contrariada. Cumpriu critérios dos 18 meses da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (Direção-Geral da Saúde, 2012).

3. CONSULTA DE ENFERMAGEM

No dia 07 de novembro de 2019 tive a oportunidade de estar presente na consulta de avaliação de desenvolvimento dos 2 anos. Foram recolhidos os seguintes parâmetros: Peso 12,1kg, percentil 50; Perímetro cefálico 48,3cm; Comprimento 86,5cm, percentil 50, como indicado nas imagens abaixo (Direção-Geral da Saúde, 2012).



No decorrer da consulta a TC revelou uma boa interação com o espaço e as pessoas, apesar da timidez. Foi realizada a avaliação do desenvolvimento com recurso à Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (Direção-Geral da Saúde, 2012). Foram avaliados em consulta os

indicadores correspondentes à “visão e motricidade fina” e alguns dos restantes domínios. Os restantes parâmetros foram questionados à mãe. Com base nos parâmetros avaliados foram preenchidas as tabelas da escala, como indicado nas imagens abaixo.

Quadro 3. Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada: 18 M – 5 A

Nome _____ Data de nascimento ____ / ____ / ____ Processo n.º _____

	18 M	2 A	3 A	4 A	5 A
Postura e Motricidade Global	• Anda bem. • Apanha brinquedos do chão.	• Corre. ✓ • Sobe e desce com os dois pés o mesmo degrau. ✓	• Tem equilíbrio momentâneo num pé. • Sobe escadas alternadamente. • Desce com os dois pés no mesmo degrau.	• Fica num pé sem apoio 3 a 5 segundos. • Sobe e desce as escadas alternadamente. • Salta num pé.	• Fica num pé 3 a 5 segundos, com os braços dobrados sobre o tórax. • Salta alternadamente num pé.
Visão e Motricidade Fina	• Constrói torre de 3 cubos. • Faz rabiscos mostrando preferência por uma mão. • Olha um livro de bonecos e vira várias páginas de cada vez.	• Constrói torre de 6 cubos. ✓ • Imita rabisco circular. ✓ • Gosta de ver livros. ✓ • Vira uma página de cada vez. ✓	• Constrói torre de 9 cubos. • Imita (3A) e copia (3A e meio) a ponte de 3 cubos – copia o círculo – imita a cruz. • Combina duas cores geralmente o vermelho e o amarelo. (confunde o azul e verde).	• Constrói escada de 6 cubos. • Copia a cruz. • Combina e nomeia quatro cores básicas.	• Constrói 4 degraus com 10 cubos. • Copia o quadrado e o triângulo. • Conta cinco dedos de uma mão e nomeia quatro cores.
Audição e Linguagem	• Usa 6 a 26 palavras reconhecíveis e compreende muitas mais. • Mostra em si ou num boneco os olhos, o cabelo, o nariz e os sapatos.	• Diz o primeiro nome. ✓ • Fala sozinho(a) enquanto brinca. ✓ • Junta duas ou mais palavras, construindo frases curtas. ✓ • Apresenta linguagem incompreensível, mesmo pelos familiares. ✓ • Nomeia objetos. ✓	• Diz o nome completo e o sexo. • Tem vocabulário extenso mas pouco compreensível por estranhos. • Tem defeitos de articulação e imaturidade na linguagem.	• Sabe o nome completo, a idade e o sexo e habitualmente a morada. • Apresenta linguagem compreensível. • Tem apenas algumas substituições infantis.	• Sabe o nome completo, a idade, morada e habitualmente a data de nascimento. • Tem vocabulário fluente e articulação geralmente correta – pode haver confusão nalguns sons.

	18 M	2 A	3 A	4 A	5 A
Comportamento e Adaptação Social	• Bebe por um copo sem entornar muito, levantando-o com ambas as mãos. • Segura a colher e leva alimentos à boca. • Não gosta que lhe peguem. • Exige muita atenção. • Indica necessidade de ir à casa de banho. • Começa a copiar atividades domésticas.	• Coloca o chapéu e os sapatos. ✓ • Usa bem a colher. ✓ • Bebe por um copo e coloca-o no lugar sem entornar. ✓	• Pode despir-se, mas só se lhe desabotoarem o vestuário. • Vai sozinho(a) à casa de banho. • Come com colher e garfo.	• Pode vestir-se e despir-se só com exceção de abotoar atrás e dar laços. • Gosta de brincar com crianças da sua idade. • Sabe esperar pela sua vez.	• Veste-se sozinho(a). • Lava as mãos e a cara e limpa-se sozinho(a). • Escolhe o(a)s amigo(a)s. • Compreende as regras do jogo.

Quadro 4. Sinais de alarme: 18 M – 5 A

18 M	2 A	4 – 5 A
• Não se põe de pé, não suporta o peso sobre as pernas. • Anda sempre na ponta dos pés. • Apresenta assimetrias. • Não faz pinça – não pega em nenhum objeto entre o polegar e o indicador. • Não responde quando o(a) chamam. • Não vocaliza espontaneamente. • Não se interessa pelo que o(a) rodeia; não estabelece contacto. • Deita os objetos fora. Leva-os sistematicamente à boca. • Tem estrabismo.	• Não anda sozinho(a). • Deita os objetos fora. • Não constrói nada. • Não parece compreender o que se lhe diz. • Não pronuncia palavras inteligíveis. • Não se interessa pelo que está em seu redor. • Não estabelece contacto. • Não procura imitar. • Tem estrabismo. Não apresenta sinais de alarme	• É hiperactivo(a), distraído(a) e tem dificuldade de concentração. • Apresenta linguagem incompreensível, substituições fonéticas, gaguez. • Tem estrabismo ou suspeita de défice visual. • Apresenta perturbação do comportamento.

Com base no exposto, considera-se que cumpriu os critérios dos 2 anos da Escala de Avaliação do Desenvolvimento de Mary Sheridan Modificada (Direção-Geral da Saúde, 2012) e não apresenta sinais de alarme. Se mantiver este padrão de desenvolvimento a mãe tem indicação de regressar à consulta quando tiver 3 anos.

4. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Direção-Geral de Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Papalia, D.E.; Olds, S. W. & Feldman, R. D. (2009). *Human development* (11.^a Ed). New York: McGraw-Hill. ISBN 978-0-07-128074-7.
- Wilson, D. (2014). Capítulo 14: Promoção da Saúde da Criança em Idade Toddler e da Família in M. Hockenberry & D. Wilson (2014). *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (784-823). (A. P. Fonseca, Trad.) (9^a Ed), Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, 9th Edition, 2011, Missouri: Mosby Elsevier).

Apêndice IX: Guia de Recursos de apoio às crianças
e adolescentes em risco existentes nas freguesias Cascais-Estoril
e
Alcabideche



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização
de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

UC Estágio com Relatório

Recursos de apoio às crianças e adolescentes em risco existentes
nas freguesias Cascais-Estoril e Alcabideche

Docente orientador: Professora Doutora Paula Diogo

Discente: Diana Gomes Pereira, nº 4233

ÍNDICE

ENQUADRAMENTO	112
1. MAIS SAÚDE	114
1.1. Espaço S Juventude.....	114
1.2. Gabinete de Orientação Vocacional e Profissional	115
1.3. Yoga para todos.....	116
1.4. Mindfulness.....	116
1.5. Academia da Saúde	117
1.6. CasaQui.....	118
2. MAIS AÇÃO	120
2.1. CriArte	120
2.2. Pedra Amarela	121
2.3. Pedacos de aventura.....	121
2.4. Equipamentos desportivos outdoor.....	121
3. MAIS VOLUNTARIADO	123
3.1. Cascais Sports Volunteer	123
3.2. Maré Viva.....	123
3.3. Cultura no Bairro	124
3.4. Cultura Social	124
3.5. Locals 365	125
3.6. Natura Observa.....	125
3.7. Rota Jovem	125

ENQUADRAMENTO

O presente portefólio surge enquanto atividade de estágio no serviço de internamento de pediatria do Hospital de Cascais Dr. José de Almeida, enquanto aluna do mestrado em enfermagem da área de especialização em enfermagem de saúde infantil e pediátrica da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.

No âmbito do meu projeto intitulado “A capacitação emocional do adolescente para a prevenção de comportamentos de risco: intervenção de enfermagem no âmbito da promoção da saúde” surgiu a necessidade de realizar o presente portefólio.

Neste sentido, o presente portefólio procura ser uma ferramenta informativa de fácil leitura por parte dos adolescentes internados no serviço de pediatria acerca de quais as atividades, disponíveis no concelho em que habitam, que podem promover a sua saúde física e mental e autoconhecimento, aumentar a sua literacia em saúde e ainda potenciar a aquisição ou desenvolvimento de competências comunicacionais e conhecimento dos recursos existentes na sua comunidade.



MAIS SAÚDE



Imagem adaptada de <http://portalods.com.br/publicacoes/saude-e-sexualidade-do-adolescente/>

1. MAIS SAÚDE

Serviços disponíveis na Loja Cascais Jovem



Imagem 1: Exterior da Loja Cascais Jovem

A Loja Cascais Jovem é um espaço destinado aos adolescentes e jovens com idades entre os 10 e os 30 anos que disponibiliza diversos serviços gratuitos e organiza variadas atividades ao longo do ano. Tem áreas de estudo/trabalho com acesso à internet e formação e divulga e organiza diversas atividades para ocupação de tempos livres que vão desde a organização de atividades ao ar livre e voluntariado até workshops e disponibilização de bolsas de estudo e estágios. Localiza-se junto à Estação de comboios de cascais na Avenida Valbom nº 21. Neste espaço podem ainda ser agendadas marcações para o Espaço S Juventude e para o Gabinete de Orientação Vocacional e Profissional.

Informação disponível em <https://jovem.cascais.pt/pt-pt/node/415>

1.1. Espaço S Juventude

 Imagem 2: Logótipo Espaço S	Morada: Loja Cascais Jovem – Cascais Av. Valbom nº 21 Cascais Horário: segunda a sexta-feira, das 9h00 às 17h00. Telf. 214 815 913 Email: espaco.s@cm-cascais.pt
--	--

Este é um espaço destinado aos jovens entre os 10 e os 30 anos com uma equipa multidisciplinar que compreende médicos, enfermeiros, psicólogos e nutricionistas.

Neste espaço, os jovens podem usufruir de serviço clínico, consulta de enfermagem, nutrição e psicologia. Estes profissionais promovem ainda o planeamento familiar e fornecem apoio na maternidade na adolescência. Esta equipa multidisciplinar está disponível para ouvir, aceitar e esclarecer dúvidas em temas relacionados com a saúde, sexualidade, crescimento/desenvolvimento e sentimentos que é totalmente confidencial, anónimo e gratuito.

No serviço clínico os jovens podem ter consultas de contraceção / sexualidade, clínica geral / planeamento familiar, gravidez ou mudança no comportamento alimentar. Nele podem ainda usufruir de rastreios gratuitos de VIH e pedir, também gratuitamente, pilula mensal e/ou do dia seguinte e preservativos femininos e/ou masculino.

Este espaço funciona de segunda a sexta entre as 8h e as 20h devendo as consultas ser agendadas pessoalmente ou via telefone (entre as 10h e as 13h ou entre as 14h e as 17h) nos seguintes horários:

- Consultas de enfermagem - terças, quartas e sextas-feiras, entre as 14h00 e as 16h30;
- Clínica Geral / Planeamento - terças e sextas-feiras, das 15h30 às 18h00.

Informação disponível em <https://jovem.cascais.pt/pt-pt/node/418>

1.2. Gabinete de Orientação Vocacional e Profissional

O Gabinete de Orientação (GO) Vocacional e Profissional é um espaço de atendimento personalizado com um orientador escolar e profissional nas Lojas Cascais Jovem que se destina a jovens com idades entre os 14 e os 30 anos. Neste gabinete, estes podem solicitar informações relativamente aos diferentes percursos educativos e/ou formativos básicos, secundários e pós-secundários ou ficar a conhecer diferentes cursos para certificação escolar e profissional ou de especialização tecnológica. É possível consultar informação relativamente às escolas que possuem cursos de curta duração ou até ofertas e formação ou ensino profissional subsidiado. Podem ainda solicitar apoio na

pesquisa de cursos de ensino superior (médias de entrada, condições de acesso e inscrições) e profissões, elaboração de candidaturas ao ensino superior ou até mesmo pedir ajuda para identificar o seu perfil pessoal e vocacional para poder delinear um plano de futuro vocacionado para uma carreira.

Informação disponível em <https://jovem.cascais.pt/pt-pt/node/424>

1.3. Yoga para todos



Imagem 3: Projeto Yoga para Todos

Um projeto que visa a divulgação e participação dos jovens que residem ou estudam no concelho de cascais na prática de yoga. Para tal, são realizadas sessões de yoga semanais às 4^{as} feiras na Loja Cascais Jovem e nos 4^{os} sábados de cada mês no forte Sto. António da Barra. No decorrer das aulas são treinadas não só, posturas de yoga, mas também técnicas de relaxamento e exercícios respiratórios e de vocalizações de sons para melhorar a harmonia entre o corpo e a mente e promover a saúde mental de todos os participantes.

Informação disponível em <https://jovem.cascais.pt/pt-pt/node/996>

1.4. Mindfulness



Imagem 4: Projeto Mindfulness

Este projeto visa proporcionar, todas as 5^a feiras na Loja Cascais Jovem e todos os 4^{os} sábados de cada mês no Forte Sto. António da Barra,

momentos de relaxamento e bem-estar. Nestas sessões é trabalhada a respiração e o autoconhecimento do corpo, pensamentos e interação com o mundo visando uma maior disponibilidade por parte dos participantes para vivenciarem as diferentes experiências e atividades do seu dia-a-dia. Informação disponível em <https://jovem.cascais.pt/pt-pt/node/1078>

1.5. Academia da Saúde



Imagem 5: Academia da Saúde

Disponibiliza dicas em diversas áreas da saúde e bem-estar que vão desde a alimentação e nutrição, afetos, sexualidade e adições, até dicas sobre o corpo, promoção do sono e repouso e da saúde em casa. No website <http://academiadasaude.pt/em-agenda-2/> têm uma agenda de eventos, workshops, fóruns, jornadas, exposições, atividades, entre outros, gratuitos e de índole voluntária em que jovens e adultos podem participar. Disponibilizam ainda em <http://academiadasaude.pt/ferramentas/> ferramentas para cálculo do índice de massa corporal, descodificação de rótulos de alimentos e ainda informações sobre a roda dos alimentos e o plano nacional de vacinação.

No seu website podem ainda ser consultados diversos documentos no separador “Biblioteca” com documentos oficiais, guias orientadores e informações relevantes e atuais nas áreas de “Afetos e Sexualidade”; “Comportamentos aditivos e Dependências”, “Educação Alimentar”, “Mobilidade Segura e Prevenção de Acidentes”, “O meu corpo”, “O Sono”, “Saúde Mental”, “Saúde Oral”, “Vacinação” e “VIH / SIDA”.

Para além de consultar o website www.academiadasaude.pt ou contactá-los por correio electrónico (academia.saude@cm-cascais.pt), os jovens podem ainda usufruir de atendimento presencial nos seguintes locais:

- Praceta Nova nº9 Tires, São Domingos de Rana (Tel.214 815 511)
- Av. Brigadeiro Victor Novais Gonçalves, Alcabideche (Tel. 214 653 078)
- R. Henrique António da Mota, Carcavelos (Tel. 214 582 932)

1.6. CasaQui



Imagem 6: Logótipo Casa Qui

A Casa Qui é uma associação de solidariedade social que visa garantir uma resposta adequada, nas áreas da saúde mental, ação social e da educação, a todos aqueles que são vítimas de violência social e psicológica por terem uma orientação sexual e identidade ou expressão de género diferentes das convencionais. Procuram apoiar nas situações de violência doméstica/familiar, na escola ou no namoro em casais do mesmo sexo, dando apoio psicológico às vítimas e, em alguns casos, a familiares.

A Casa Qui situa-se na Casa da Cidadania do Lumiar, Largo das Conchas 1, 1750-155 em Lisboa. Como chegar? De metro é na saída da Quinta das Conchas e na Carris pode utilizar os autocarros com os números 207, 717, 736 e 796. O número de apoio da Casa Qui é o 960081111, disponível para atendimento telefónico de 2ª a 6ª entre as 10h e as 17h e SMS no restante horário. No seu website <https://www.casa-qui.pt/> disponibilizam ainda outros dois números de apoio importantes:

Violência em Ambiente Familiar

> Linha de Emergência Social - 144

Violência Doméstica ou no Namoro

> 800 202 148

MAIS AÇÃO



Imagem retirada de <http://psico2013-24.blogspot.com/2013/05/o-adolescente-e-saude.html>

2. MAIS AÇÃO

Atividades de ocupação dos tempos livres através de atividade física ou expressão artística.

2.1. CriArte



Imagem 7: CriArte

O CriArte, situado na Rua João Silva, nº4 em Carcavelos é um espaço cultural em que os jovens podem participar e/ou assistir a concertos, peças de teatro. Estão disponíveis para atendimento ao público entre as 10h e as 13h e entre as 14h e as 18h,

por contacto telefónico (214815672) ou correio electrónico (criarte@cm-cascais.pt). Este espaço funciona também como balcão cascais jovem e sede de duas associações juvenis, nomeadamente, **Criativa** e **Palco da Tua Arte**.

 criativa.org Email: criativa@criativa.org	Associação sem fins lucrativos que se dedica aos domínios da juventude, da cultura, da educação, da formação, da criação de conteúdos, de âmbito nacional e internacional. Um dos seus projetos mais conhecidos é o Festival Musa. Informação disponível em https://jovem.cascais.pt/pt-pt/criativa
 Email: palcodatuaarte@gmail.com	Tem como principal objetivo o delineamento e desenvolvimento de estratégias de (re)integração e reabilitação de crianças e jovens em risco através da Arte. Para tal, desenvolvem um projeto artístico anual, desenvolvido em sessões de trabalho semanais para a organização, planeamento e execução de um trabalho artístico para apresentar à comunidade. <u>Grupos de Dança</u> – Reason2Dance, Urban Squad, Ballet4You e o Projeto Crescer com Arte; <u>Grupo de Teatro Musical</u> - 1Act; <u>Grupo de Canto</u> – Sing4Reason; <u>Grupo de Guitarra</u> – Strings4Fun. Informação disponível em https://jovem.cascais.pt/pt-pt/palco-da-tua-arte

2.2. Pedra Amarela

Situado na encosta Sul da Serra de Sintra, o Pedra Amarela é considerado o “Campo Base” uma vez que serve de ponto de partida para múltiplas atividades dentro do Parque Natural de Sintra-Cascais. É uma plataforma para a realização de atividades de aventura e *outdoor*, onde é permitido o acampamento, numa área contida, segura e dotada de infraestruturas de apoio. Contempla também atividades como *slide*, pista de arborismo, tiro ao arco, BTT (disponibilizando bicicletas para aluguer), Escalada e *rappel* em formações rochosas e atividades de orientação com recurso a mapa e bússola. Informação disponível em <https://jovem.cascais.pt/pt-pt/node/411>

2.3. Pedacos de aventura

Arborismo no parque palmela com dois circuitos (azul e vermelho) com o custo de 5 ou 7 euros, para crianças a partir dos 5 anos. Esta atividade pode ser realizada entre as 10h30 e as 16h30. Para marcação pode ligar-se para o 912 426 118 ou através do correio electrónico reservas@pedacosdeaventura.com. Informação disponível em <https://www.cascais.pt/evento/arborismo>

2.4. Equipamentos desportivos *outdoor* do concelho

Serviço	Localização
Fitness – Circuito de Manutenção	Bairro de Alcoitão, Estrada de Tires, Outeiro de Polima (Parque São Domingos), Parque Palmela, Sassoeiros (Bela Vista), Urbanização Checlos, Zambujal, Torre Aguilha, Forte de Santo António da Barra, Aldeia de Juzo e Outeiro da Vela.
Fitness – Equipamento Especiais	Skate park torre, Escola de atividade náuticas, campo desportivo no areal da praia de carcavelos e pedovia cascais-guincho.

Informação disponível em <https://jovem.cascais.pt/pt-pt/equipamentos-desportivos-outdoor-0>

MAIS VOLUNTARIADO



Imagem retirada de <https://maisguimaraes.pt/hoje-e-dia-internacional-do-voluntariado/>

3. MAIS VOLUNTARIADO

A Câmara Municipal de Cascais tem um vasto número de programas de voluntariado em diversas áreas de intervenção em que adolescentes e jovens residentes ou estudantes no concelho, preferencialmente com conhecimento em línguas estrangeiras, podem participar no seu tempo livre.



Imagem 8: Logótipo
Cascais Sport Volunteer

3.1. Cascais Sports *Volunteer*

Um programa destinado a adolescentes e jovens entre os 15 e os 30 anos que visa promover a ocupação ativa e saudável do tempo livre dos jovens nos meses de julho e agosto a favor da comunidade. Está implícita a valorização da prática de desporto por parte dos mesmos e a melhoria da relação e trabalho em equipa e, consequentemente, a melhoria da oferta desportiva do concelho. Informação disponível em <https://jovem.cascais.pt/pt-pt/node/670>

3.2. Maré Viva



Imagem 9: Logótipo
Maré Viva

O programa **Maré Viva** é destinado a adolescentes e jovens entre os 15 e os 21 anos, sendo que os *Team Leaders* e *Team Assistant* podem ter até 30 anos. Visa contribuir para a divulgação de informação útil relativamente ao turismo, ambiente e saúde pública e a contribuição para a utilização da praia, por todos, de modo satisfatório, seguro e ecologicamente eficiente. Este programa desenvolve-se, normalmente, entre a 2ª quinzena de junho e a 1ª quinzena de setembro.

O projeto **Cascais Acessível – Praia para Todos** é para jovens até 30 anos com, ou em formação na área da saúde, entre a 2ª quinzena de junho e a 1ª quinzena de setembro.

O projeto **Marézinhas do Futuro** destina-se a adolescente com idades entre os 12 e os 14 anos de idade. Procura promover o desenvolvimento de atividades de observação e recolha de informação importante para a melhoria

das zonas balneares ou a distribuição de cinzeiros de praia. Estes adolescentes são ainda incumbidos de assegurar a manutenção dos acessos às praias e dar informação pertinente aos banhistas para a sua sensibilização educacional e ambiental. Este projeto decorre entre a 2ª quinzena de junho e o final do mês de agosto.

O Projeto **Marézinhas em Movimento** consiste na formação de uma equipa de 5 pessoas (1 Team Support e 4 marézinhas) que se deslocam de bicicleta nas ciclovias existentes entre a marina de cascais e o guincho. Durante este percurso de bicicleta previnem situações de risco onde se inserem o estacionamento indevido ou a acumulação de areias na ciclovia. Esta equipa está ainda preparada para assegurar primeiros socorros sempre que seja necessário ou dar informação de relevância turística. Informação disponível em <https://jovem.cascais.pt/pt-pt/node/442>



Imagem 9: Logótipo
Cultura no Bairro

3.3. Cultura no Bairro

Este programa destina-se a jovens com idades entre os 15 e os 25 anos. Visa melhorar o bem-estar dos visitantes do concelho de cascais através da divulgação dos equipamentos e atividades culturais disponíveis. Este programa decorre entre a 2ª quinzena de junho e a 1ª

quinzena de setembro. Informação disponível em <https://jovem.cascais.pt/pt-pt/node/450>

3.4. Cultura Social



Imagem 10: Logótipo
Cultura Social

O Cultura Social destina-se a jovens moradores ou residentes no concelho de Cascais, com idades entre os 15 e os 25 anos, e foi criado com o intuito de desenvolver a cidadania ativa e o desenvolvimento pessoal dos jovens, fomentando o seu espírito comunitário em instituições e entidades sem fins lucrativos. Este programa desenvolve-se durante os meses de julho e agosto. Informação disponível em <https://jovem.cascais.pt/pt-pt/node/449>

3.5. Locals 365



Imagem 11:
Logótipo Locals
365

O Programa Locals está direcionado para jovens com idades compreendidas entre os 18 e os 30 anos, **obrigatoriamente** com conhecimentos de línguas estrangeiras. O Programa Locals XS destina-se a adolescentes com idades variáveis entre os 12 e os 14 anos. Estes jovens para além de estarem aptos a divulgar informações sobre os programas, equipamentos e atividades desenvolvidos pela Câmara Municipal de Cascais, dão ainda um contributo importante para a manutenção da segurança dos utilizadores nos transportes ferroviários. Informação disponível em <https://jovem.cascais.pt/pt-pt/node/441>

3.6. Natura Observa



Imagem 11:
Logótipo Natura
Observa

Programa de voluntariado jovem na área do ambiente e da preservação da natureza que decorre habitualmente entre os meses de julho e agosto. Destina-se a jovens com idades entre os 19 e os 30 anos que tenham interesse nas temáticas do desenvolvimento sustentável e estejam motivados para prestar um serviço à comunidade na promoção do património natural do concelho. Este programa compreende 6 projetos, nomeadamente, Germina, Javali, Pilrito, Falcão, Texugo e Raposa. No ano de 2019 foram criados grupos de trabalho não só no verão mas também nas épocas da páscoa e natal. Informação disponível em <https://jovem.cascais.pt/pt-pt/node/451>

3.7. Rota Jovem



A rota jovem é uma associação juvenil, sem fins lucrativos, sediada no Largo do Mercado, Edifício Rota Jovem em Cascais. Contactos:

- **TELEFONE:** (00351) 21 486 2005 / 913840069.
- **EMAILS:**
 - Geral:** info@rotajovem.com
 - Direcção:** direccao@rotajovem.com
 - Atividades:** actividades@rotajovem.com
 - Oportunidades Internacionais:** goeurope@rotajovem.com
 - SVE:** sve@rotajovem.com
 - Hosting EVS:** evs.host@rotajovem.com

Neste espaço desenvolvem atividades nacionais como o encontro de sócios, o “Experimenta mais”, “Workshops Move-te” e “UP 2 YOUth” e atividades internacionais como cursos e seminários ou até mesmo intercâmbio com outros países. Este é o espaço ideal para aqueles que ambicionam viajar em regime de voluntariado, para ensinar e aprender o que é viver noutras culturas.

Informações disponíveis em <http://home.rotajovem.com/>

Apêndice X: Sessão de Educação para a Saúde “Conversar sobre a adolescência, desenvolvimento, afetos e sexualidade”



ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**10º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de
Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria**

Estágio com relatório

Planeamento da sessão de educação para a saúde:

**Conversar sobre a adolescência, desenvolvimento, afetos e
sexualidade**

Diana Gomes Pereira, nº 4233

Lisboa



Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Estágio com relatório

Planeamento da sessão de educação para a saúde:

**Conversar sobre a adolescência, desenvolvimento, afetos
e sexualidade**

Diana Gomes Pereira, N° 4233

Orientador: Professora Doutora Paula Diogo

Lisboa,

Outubro de 2019

LISTA DE SIGLAS

ACES	Agrupamento de Centros de Saúde
IPSS	Instituição Particular de Solidariedade Social
UCC	Unidade de Cuidados na Comunidade

ÍNDICE

1. ENQUADRAMENTO	132
2. PLANEAMENTO	134
3. EXECUÇÃO	136
4. PLANO DE SESSÃO	137
5. REGISTO DA SESSÃO.....	141
6. AVALIAÇÃO	143
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	144

APÊNDICES

Apêndice I: Powerpoint utilizado na sessão de educação para a saúde

8. ENQUADRAMENTO

A Unidade de Cuidados na Comunidade (UCC) em que estagiei é constituída por um grupo multiprofissional que trabalha em equipa e em intercooperação com as restantes unidades funcionais do Agrupamento de Centros de Saúde (ACES) em que está integrada. Procuram desenvolver intervenções centradas na pessoa e família, tendo em conta a comunidade em que se inserem, que visam a promoção da saúde, prevenção da doença, reabilitação e prestações de cuidados a pessoas doentes e/ou em situações de fim de vida. A população alvo desta UCC inclui cerca de 103970 residentes nas freguesias abrangidas pela mesma, em que centenas delas precisam de um acompanhamento diferenciado que dê resposta às suas necessidades de saúde.

Uma das valências desta equipa de enfermagem é a saúde escolar. Neste sentido, e apesar de a sessão de educação para a saúde ter sido realizada fora do contexto escolar, a temática da mesma insere-se na área de intervenção “Educação para os afetos e a sexualidade” do programa nacional de saúde escolar (Direção-Geral da Saúde, 2015). De acordo com este programa, a educação para os afetos e sexualidade “deve (...) contribuir para a tomada de decisões responsáveis na área dos relacionamentos afetivo-sexuais, na redução dos comportamentos sexuais de risco e das suas consequências” (Direção-Geral da Saúde, 2015, p.25). Assim, e tendo com orientação a definição de sexualidade e as dimensões elencadas no programa, esta sessão de educação para a saúde procura contribuir para a capacitação dos adolescentes, no que concerne à sua sexualidade, para a adoção de comportamentos saudáveis.

Enquanto futura enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, esta sessão de educação para a saúde pretende contribuir para a aquisição das seguintes competências:

- Competência Comum do Enfermeiro Especialista (Ordem dos Enfermeiros, 2019):
 - “1.1 — Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão”;

- Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (Ordem dos Enfermeiros, 2018):
 - E1.2 — Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem;
 - E3.1 — Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil;
 - E3.3 — Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura;
 - E3.4 — Promove a autoestima do adolescente e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde.

9. PLANEAMENTO

Esta sessão de educação para a saúde tinha como população alvo adolescentes que frequentam uma Instituição Particular de Solidariedade Social (IPSS) inspirada na vida. O objetivo desta IPSS é não só dignificar a pessoa humana mas também capacitar com novos modelos e oportunidades para favorecer a mudança de hábitos.

A UCC em que estagiei é parceira desta associação, colaborando em diversos projetos de promoção de saúde e de hábitos saudáveis nas diferentes faixas etárias. Neste sentido, e face ao tema do meu projecto, surgiu a oportunidade de planear e dinamizar uma sessão de educação para a saúde aos adolescentes que frequentam a associação em tempo extra curricular. A equipa da IPSS realizou um levantamento das necessidades educativas no âmbito da saúde dos adolescentes e decidiram que seria uma mais valia abordar os temas da puberdade e sexualidade na adolescência. Após a identificação desta necessidade procedi ao planeamento de uma sessão de educação para a saúde.

Elaborei um plano de sessão, em que defini como objetivo geral “Promover a reflexão por parte dos adolescentes para a adoção de comportamentos saudáveis na vivência da sua sexualidade”. No seguimento deste, defini 4 objetivos específicos, nomeadamente: 1) Explicar o que são emoções; 2) Identificar as mudanças biofisiológicas, psicológicas e relacionais que ocorrem durante a adolescência; 3) Esclarecer o conceito sexualidade; 4) Descrever as características de uma relação saudável e de uma relação desrespeitosa e abusiva.

Foi decidido, em conjunto com a enfermeira orientadora, utilizar métodos maioritariamente expositivos e de debate. Para possibilitar o cumprimento das atividades definidas no plano de sessão foi realizada ainda a pesquisa de um vídeo que definisse comportamentos de abuso de um modo perceptível e de um *powerpoint* com conceitos e imagens alusivas aos temas abordados adequadas à população alvo.

Após o planeamento da sessão foi realizada uma discussão com a enfermeira orientadora para validar os objetivos e atividades planeadas, seguida da realização dos ajustes necessários. As principais preocupações

foram a adequação do vocabulário utilizado e os temas a abordar uma vez que é uma temática por vezes tabu na adolescência. Após a realização da sessão foi ainda realizada uma avaliação da mesma, com base na avaliação dos adolescentes e da enfermeira orientadora.

10. EXECUÇÃO

A sessão de educação para a saúde para os adolescentes da IPSS, intitulada “Conversar sobre a adolescência, desenvolvimento, afetos e sexualidade” decorreu no dia 19 de dezembro de 2019 pelas 16h e contou com a presença de 15 adolescentes, com idades entre os 12 e 16 anos. O local escolhido foi uma sala de atividades com equipamento audiovisual da IPSS que costumam utilizar para este tipo de fins.

No decorrer da sessão foram mobilizados recursos audiovisuais (*powerpoint* e vídeo), apelada à participação dos adolescentes com questões de resposta aberta e estimulada a relação terapêutica e discussão de temas abordados tal como descrito no planeamento da sessão.

11. PLANO DE SESSÃO

Formadores: Enfermeira Diana Gomes Pereira (mestranda do mestrado em enfermagem na área de especialização em enfermagem de saúde infantil e pediátrica) e Enfermeira H. G. (Enfermeira Orientadora do estágio na UCC, Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica).

População alvo: Adolescentes, com idades entre os 12 e os 16 anos, do projeto Crescer da IPSS.

Título: Conversar sobre a adolescência, desenvolvimento, afetos e sexualidade

Local: IPSS

Duração: 45 minutos (30 minutos de apresentação e discussão do tema + 15 minutos para esclarecimento de dúvidas e avaliação da sessão).

Objetivo geral: Promover a reflexão por parte dos adolescentes para a adoção de comportamentos saudáveis na vivência da sua sexualidade.

Problemas e necessidades de aprendizagem identificados na população alvo:

- Défice de conhecimento relativamente às mudanças fisiológicas, psicológicas e comportamentais expectáveis na adolescência;
- Capacitação emocional dos adolescentes para a adoção de comportamentos saudáveis na vivência da sua sexualidade de forma positiva com o próprio e nas relações com os outros.

	Objetivos específicos	Conteúdos	Método	Estratégias	Recursos didáticos	Tempo
Introdução	1) Explicar o que são emoções;	Apresentação da sessão e formadora. Definição de emoções.	Debate e Expositivo	Exibição de imagem das 5 emoções básicas do filme “Divertidamente”	Para a visualização do powerpoint são necessários um computador e um	5 minutos
Desenvolvimento	2) Identificar as mudanças biofisiológicas, psicológicas e relacionais que ocorrem durante a adolescência;	Definição do conceito adolescência; Enumeração das alterações biofisiológicas (puberdade) no homem e mulher, mudanças psicológicas e relacionais características desta etapa de desenvolvimento	Debate e Expositivo	Discussão com os adolescentes acerca das alterações que ocorrem na adolescência com recurso a imagens elucidativas das mesmas. Normalização destas alterações e da vivência de novas emoções em relação ao próprio e na relação com os pares e adultos.	projektor na sala onde decorrerá a sessão. É ainda necessária a colaboração dos adolescentes para a discussão das temáticas abordadas.	10 minutos

Desenvolvimento	3) Esclarecer o conceito sexualidade;	Definição do conceito sexualidade.	Debate e Expositivo	Discussão sobre o que é a sexualidade e como se expressa, bem como a especificação dos fatores que a influenciam / condicionam.	5 minutos
	4) Descrever as características de uma relação saudável e de uma relação desrespeitosa e abusiva.	Definição do conceito “namorar” e de quais as características de uma relação saudável. Enumeração dos sinais de desrespeito no namoro e quais as consequências que essa relação pode ter para a saúde dos envolvidos.	Debate e Expositivo	Questionamento e discussão sobre: - O que é namorar? - Quais as características de uma relação saudável? - O que nos pode acontecer se estivermos numa relação não saudável? - Quais os sinais de desrespeito no namoro? Exibição de filme didático sobre abuso e disponibilização de recursos na comunidade a que	20 minutos

		Breve abordagem do conceito abuso, limites individuais e modo de atuação nestas situações.		podem recorrer caso precisem de ajuda.		
	Avaliar se os objetivos propostos foram atingidos.	Avaliação da sessão	Participativo e Reflexivo	Avaliação, por parte dos adolescentes, dos contributos da sessão, pertinência do tema e metodologia adotada.	Colaboração dos adolescentes.	5 minutos

12. REGISTO DA SESSÃO

A sessão teve início com a apresentação dos formadores e do tema geral da sessão. Os adolescentes estavam inicialmente muito agitados e inquietos, algo que se verificou durante toda a sessão, mas cada vez com menor intensidade, à medida que os temas iam ficando mais complexos.

Na primeira temática abordada, relacionada com as emoções, participaram em grupo identificando corretamente as 5 emoções básicas da imagem apresentada e elencaram a importância e o impacto das diferentes emoções no nosso dia-a-dia.

No tema das alterações biofisiológicas, de uma maneira geral, participaram mais os rapazes, havendo várias adolescentes do género feminino que baixaram a cabeça para não ver o desenho do homem nu projetada no ecrã. Foi possível perceber que de uma maneira geral sabiam identificar as principais mudanças físicas que ocorrem durante a puberdade. Quando abordado o tema das alterações psicológicas e relacionais estavam menos participativos, motivo pelo qual optei por adotar um método mais expositivo e tentar transmitir as ideias chave, entre elas que estas alterações são naturais, que ocorrem com todos os indivíduos e que na maioria das vezes a adolescência é pautada por emoções de cariz mais negativo, pelo que é importante ter *hobbies* e relações saudáveis com os pares e pessoas significativas.

Seguidamente foi abordado o conceito de sexualidade. Neste tema os adolescentes fizeram ligação direta ao conceito de “sexo”, o que permitiu explicar a diferença entre estes dois conceitos e alertar para a importância do respeito pelo outro e sobretudo do direito à diferença. Foi possível depois introduzir o tema do namoro, em que mais uma vez o público alvo referiu o sexo como algo que caracteriza um namoro, o que se revelou como uma oportunidade de desmitificar esta ideia. No decorrer desta temática e ao abordar o que deve caracterizar uma relação saudável, os adolescentes destacaram o respeito, a lealdade e a amizade. No que concerne às consequências de uma relação não saudável nas pessoas referiram que pode causar tristeza, distúrbios alimentares, agressividade e/ou consumo de álcool.

Na temática do abuso não foi realizada nenhuma questão inicial, foi apenas exibido o filme e trabalhado a partir daí, mais num sentido expositivo do que

participativo por parte do público alvo. Contudo, apesar de menos participativos, foi possível perceber que estavam todos muito atentos na abordagem a esta temática. Foi um momento importante para relembrar os limites de cada um, a importância do que “eu quero” e que nas situações em que acontece a vítima não tem culpa e deve sempre procurar ajuda de alguém em quem confia. Foi no seguimento deste tema que aproveitei para deixar alguns contactos e recursos na comunidade importantes para os adolescentes e em que podem obter informações ou até mesmo procurar ajuda.

13. AVALIAÇÃO

Ao avaliar de modo crítico a sessão de educação para a saúde realizada considero que atingi o objetivo da mesma, nomeadamente “Promover a reflexão por parte dos adolescentes para a adoção de comportamentos saudáveis na vivência da sua sexualidade”. Considero que teve uma adesão total, uma vez que todos os adolescentes estiveram interessados nos temas abordados, e uma quantidade significativa deles participou de forma ativa nas questões debatidas.

No que concerne aos meios utilizados, considero que o *powerpoint* estava visualmente atrativo e a opção de abordar o tema do abuso com um filme didático foi um elemento importante para despertar a atenção dos adolescentes para este fenómeno de modo pouco explícito.

O tempo total da sessão acabou por ser de aproximadamente 60 minutos e não 45 minutos como inicialmente previsto. Isto deveu-se ao facto de os adolescentes participarem ativamente com respostas às questões colocadas. Contudo, apesar deste alargamento do tempo acredito que foi benéfico para a população alvo deixá-los participar e comentar livremente e considero que atingi todos os objetivos previstos. De acordo com o feedback dado pelos adolescentes no momento de avaliação final da sessão, esta foi pertinente e abordou temas do seu interesse.

14. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ❖ Andrade, M. I. (1995). *Educação para a Saúde – Guia para professores e educadores*. Lisboa: Texto Editores.
- ❖ Direção-Geral de Saúde (2012). *Programa Nacional de Saúde Escolar 2015*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- ❖ Lucas, I.; Vilelas, J.; Xavier, S.; Diogo, P.; Almeida, T.; Caeiro, M. J.; & Fonseca, R. (2017). Gestão Emocional e Comportamentos de risco no Adolescente: Intervenção do Enfermeiro em Educação para a Saúde in Diogo, P. (2017) *Investigar os Fenómenos Emocionais da Prática e da Formação em Enfermagem - Projeto Multiestudos* (105-148). Loures: Lusodidacta.
- ❖ Redman, B. (2003). *A prática de Educação para a Saúde* (A.P. Santos, Trad.). (9ªed.). Lisboa: Lusociência. (tradução do original inglês The Practice of Patient Education, 9º ed., 2001).
- ❖ Regulamento n.º 140/2019 de 6 de Fevereiro. Diário da República n.º 26 – II Série. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- ❖ Regulamento n.º 422/2018 de 12 de Julho. Diário da República n.º 122 – II Série. Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.
- ❖ Rochon, A. (1996). *Educacion para la Salud: Guia practica para realizar un proyecto*. Barcelona: Mason, S.A.
- ❖ Saewyc, E. M. (2014). *Capítulo 19: Promoção da Saúde do Adolescente e da Família* in M. Hockenberry & D. Wilson (2014). Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente (784-823). (A. P. Fonseca, Trad.) (9ª Ed), Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, 9th Edition, 2011, Missouri: Mosby Elsevier).

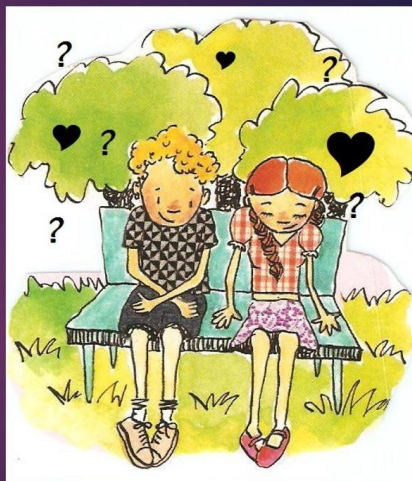
APÊNDICES

Apêndice I: Powerpoint utilizado na sessão de educação para a
saúde

Conversar sobre a adolescência, desenvolvimento, afetos e sexualidade

PROJETO CRESCER

TRABALHO REALIZADO PELA ENFERMEIRA DIANA
GOMES PEREIRA SOB ORIENTAÇÃO DA ENFERMEIRA
HORTÊNSIA GOUVEIA

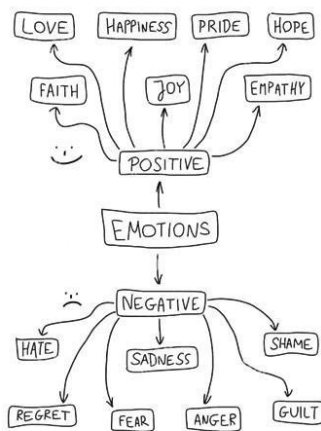


O que são as emoções?



www.menti.com

O que são as emoções?



São a **linguagem da vida social humana** ao serem experimentadas como um **estado mental específico**, que pode ser acompanhado de **mudanças corporais**, **ações** ou **expressões**, tornando-se cada vez mais **intencionais** à medida que o indivíduo se desenvolve.

Influenciam...

Desempenho de funções

Promoção da saúde

Qualidade de vida e bem-estar

Sobrevivência

Interação social



Adolescência



- ▶ A **adolescência** é um **período de transição** entre a infância e a vida adulta caracterizado pelo desenvolvimento físico, biológico, cognitivo, psicossocial, cultural e da personalidade.
- ▶ A adolescência envolve três subfases: adolescência inicial (11 aos 14 anos), adolescência intermédia (15 aos 17 anos) e adolescência tardia (18 aos 20 anos).
- ▶ A adolescência tem início com as mudanças corporais e corresponde a **uma etapa de desenvolvimento em que o indivíduo constrói a sua identidade, autonomia e independência** até ser capaz de se inserir na sociedade a nível profissional e económico.

Mudanças biofisiológicas na adolescência

- ▶ A **puberdade** corresponde ao conjunto de mudanças biológicas que ocorrem durante a adolescência. Envolve uma sequência de mudanças hormonais e físicas que incluem:

Maturação sexual

Crescimento físico

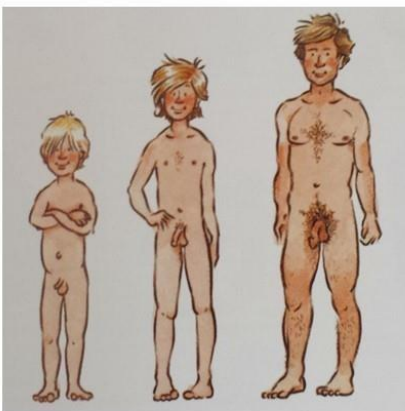
- ▶ É neste período que se adquire a capacidade reprodutiva.



(Saewyc in Hockenberry & Wilson, 2015)

Fonte imagem <http://www.agilfama.com.br/como-ocorre-e-quais-sao-as-consequencias-da-puberdade-precoce/>

Puberdade nos homens



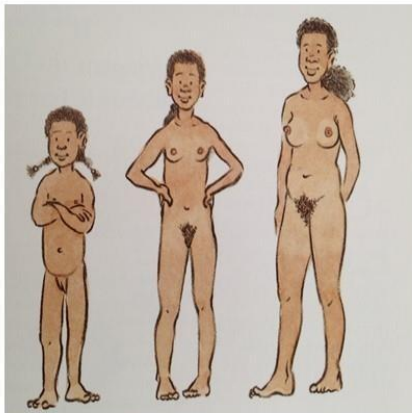
Fonte foto: Harris, Roble H. (1997). Vamos falar de Sexo - Crescimento, Corpos em Mudança, Sexo e Saúde Mental. Terramar, Lisboa.

Nos rapazes, as transformações começam por volta dos 9 aos 14 anos e são muito mais demoradas do que nas raparigas. As principais características das mudanças são:

- ▶ Surgimento de pêlos nos púbis, nas axilas, no rosto e no peito;
- ▶ Aumento dos testículos e do pénis;
- ▶ Voz grossa;
- ▶ Ombros mais largos;
- ▶ Aumento da massa muscular;
- ▶ Início da produção de espermatozoides;
- ▶ Aumento do peso e da estatura
- ▶ Nesta fase os rapazes têm as primeiras ejaculações, que geralmente ocorrem durante o sono (os chamados "sonhos molhados").

(Associação para o Planeamento Familiar; Saewyc in Hockenberry & Wilson, 2015)

Puberdade nas mulheres



Fonte foto: Harris, Robie H. (1997). Vamos falar de Sexo - Crescimento, Corpos em Mudança, Sexo e Saúde Mental. Terramar, Lisboa.

Nas raparigas inicia-se, em geral, entre os 8 e os 13 anos, variando este período de pessoa para pessoa. Em geral, a puberdade tem início com a primeira menstruação (menarca), que coincide com o surgimento de uma série de transformações do corpo, que já se vinham manifestando na fase conhecida como pré-puberdade. As principais características são:

- ▶ Alargamento dos ossos da bacia (ancas);
- ▶ Surgimento de pêlos no púbis e nas axilas;
- ▶ Depósito de gordura nas nádegas, nos quadris e nas coxas;
- ▶ Desenvolvimento das mamas.
- ▶ Surge a primeira menstruação (menarca), que pode aparecer inesperadamente ou chegar precedida de vários dias de dores abdominais e de cabeça.

(Associação para o Planeamento Familiar; Saewyc in Hockenberry & Wilson, 2015)



Mudanças psicológicas na adolescência



Mudanças psicológicas

- O adolescente adquire uma nova forma de pensamento que lhe permite formular hipóteses, raciocinar sobre elas e extrair as suas próprias conclusões. Adquire a capacidade refletir sobre os seus próprios pensamentos, bem como orientar o seu afeto para determinadas ideias e valores. Ocorre ainda a formação da identidade pessoal e sexual.

- ▶ Os adolescentes relatam **grandes flutuações** nos estados emocionais experienciando maioritariamente emoções negativas. Esta é também uma fase de maior suscetibilidade a desenvolver **comportamentos de risco**.

- ▶ Podem aparecer sentimentos de **vergonha, insegurança, timidez, pudor ou até mesmo ansiedade**. É um período de **autoconhecimento** em que cada um deve procurar encontrar uma **imagem positiva** do seu corpo, conhecendo-se melhor e percebendo o que o faz sentir-se feliz.

(Associação para o Planeamento Familiar; Saewyc in Hockenberry & Wilson, 2015)

Mudanças relacionais na adolescência

Mudanças na capacidade de integração social

- Desenvolvimento da capacidade de integração com o grupo de iguais e dos adultos. Surgem também novas necessidades afetivas e sexuais que podem conduzir à dissolução do grupo, em favor da formação de casais o que possibilita a especificação da orientação sexual.

- ▶ Inicia-se a atração física por outros(as) colegas e amigos(as) e são descobertas as suas primeiras emoções sexuais.

- ▶ Vão-se descobrindo **novos centros de interesse**, vivenciando **novas emoções** e sobretudo **criando um sentimento de pertença e identificação** com as características definidas e “socialmente definidas” para determinado gênero.



(Associação para o Planeamento Familiar; Saewyc in Hockenberry & Wilson, 2015)

Fonte imagens <https://papodebarba.wordpress.com/2016/02/23/tag-amigos/>
<https://www.selecoes.com.br/humor/celebre-dia-dos-namorados-boas-risadas/>



Sexualidade e namoro na adolescência

Sexualidade é...

- ▶ Uma fonte de energia que nos **motiva a procurar amor, contacto, ternura e intimidade**, que se integra no modo como nos **sentimos, movemos, tocamos e somos tocados**, ela influencia **pensamentos, sentimentos, ações e interações** e, por isso, influencia também a nossa saúde física e mental, essencial para um desenvolvimento físico e mental harmonioso.



(Direção-Geral da Saúde, 2015)

Fonte imagem: <https://revistaladoa.com.br/2017/08/noticias/genero-fluido-sexualidade-entenda-variacoes-possiveis/>

Sexualidade e namoro na adolescência

Sexualidade é...

- Um aspeto central do ser humano ao longo da vida e abrange identidades e papéis de género, orientação sexual, erotismo, prazer, intimidade e reprodução. A sexualidade é experimentada/vivenciada e **expressa em pensamentos, fantasias, desejos, crenças, atitudes, valores, comportamentos**, práticas, papéis/funções e relacionamentos.



- Influenciada pela interação de fatores biológicos, psicológicos, sociais, económicos, políticos, éticos, legais, históricos, religiosos e espirituais.

(Direção-Geral da Saúde, 2015)

Fonte imagem: <http://brasil.agenciapulsar.org/dd-hh/quase-60-das-faculdades-incluem-sexualidade-e-genero-na-formacao-de-professores/>

Sexualidade e namoro na adolescência

Namorar é...

- pretender o amor de; cortejar; procurar inspirar amor em; manter uma relação amorosa com alguém; atrair; seduzir; desejar muito; apetecer; cobiçar; apaixonar-se; enamorar-se; afeiçoar-se; ficar encantado (Definição Infopédia.pt).

Namorar é uma ação conjunta...não basta um querer...é preciso os dois quererem o mesmo!

- Devemos namorar com alguém que nos compreende e respeita as nossas opiniões, ideias e princípios. Alguém que nos faz rir e sentir feliz. Aquela pessoa que nos faz sentir especiais.

Sexualidade e namoro na adolescência

Uma
relação
saudável
compreende



Sexualidade e namoro na adolescência

O que nos
pode acontecer
se estivermos
Numa relação
Não saudável



Sexualidade e namoro na adolescência

NAMORAR É RESPEITO



Sinais de desrespeito no namoro

- Agredir ou ameaçar agredir
- Intimidar, desvalorizar, insultar ou humilhar
- Controlar a maneira como te vestes
- Ligar ou enviar mensagens com a intenção de controlar constantemente o outro
- Espiar o telemóvel ou correio eletrónico do outro sem consentimento
- Afastar o outro da família e/ou amigos

<https://www.mdm.org.pt/violencia-no-namoro/>

Ajuda em Situação de Abuso



Onde recorrer?



► Médico de Família



► Enfermeira de Família

Onde recorrer?



Técnicos especialistas na área prestam este serviço, ouvindo-te, informando-te, orientando-te, esclarecendo-te e encaminhando-te sempre que precisas. O serviço é CONFIDENCIAL, ANÓNIMO E GRATUITO.

- dias úteis | das 11h00 às 19h00
- sábados | das 10h00 às 17h00

<https://juventude.gov.pt/SaudeSexualidadeJuvenil/SexualidadeemLinha/Paginas/LinhadeAjuda.aspx>



O Espaço S é totalmente CONFIDENCIAL, ANÓNIMO E GRATUITO.

O Espaço S é para jovens entre os 10 e os 30 anos de idade, residentes no Concelho de Cascais

Espaço S: Loja Cascais Jovem – Cascais Av. Valbom nº 21 Cascais

Horário: segunda a sexta-feira, das 9h00 às 17h00.

Telf. 214 815 913

Email: espaco.s@cm-cascais.pt

<https://jovem.cascais.pt/pt-pt/node/418>

Referências Bibliográficas

- ▶ <http://www.apf.pt/sexualidade/etapas-do-desenvolvimento-sexual>
- ▶ <https://pt.slideshare.net/anafreire/sexualidade-powerpoint>
- ▶ <https://www.youtube.com/watch?v=XsJTCKzL-Gg>
- ▶ Direção-Geral da Saúde (2015). Programa Nacional de Saúde Escolar.



Apêndice XI: Formação aos pares “Identificação,
capacitação e referenciação da criança e jovem em
risco: Intervenção de enfermagem no âmbito da
promoção da saúde”

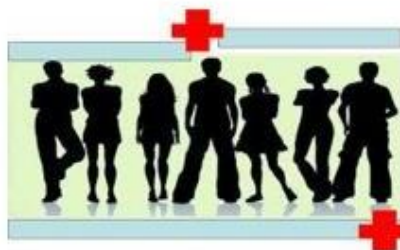
IDENTIFICAÇÃO, CAPACITAÇÃO E REFERENCIAÇÃO DA CRIANÇA E JOVEM EM RISCO

Intervenção de enfermagem no âmbito da promoção da saúde

Aluna EESIP: Diana Gomes Pereira

Enfermeira Orientadora: Sofia Afonso

Docente Orientadora: Prof. Doutora Paula Diogo



1. ENQUADRAMENTO DA FORMAÇÃO

Estágio para a obtenção do título de enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (EESIP)

Título do projeto de estágio:

A capacitação emocional do adolescente para a prevenção de comportamentos de risco: intervenção de enfermagem no âmbito da promoção da saúde

Objetivos:

Desenvolver competências de EESIP em diferentes contextos e tendo em conta os processos de saúde-doença;
Desenvolver competências no âmbito da capacitação emocional do adolescente para a prevenção de comportamentos de risco.

2. OBJETIVOS DA FORMAÇÃO

- **Objetivo geral:** Motivar os enfermeiros para a identificação, capacitação e referenciação de crianças e jovens em situações de risco e/ou suspeita de maus tratos para o Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR).
- **Objetivos específicos**
 - Caracterizar a etapa da adolescência;
 - Definir fatores de risco comportamentais, relacionais e emocionais e comportamentos de risco na adolescência;
 - Situar os fenómenos de maus tratos e comportamentos de risco em crianças e jovens no SUP Hospital de Cascais;
 - Destacar a intervenção do enfermeiro na identificação de situações em que a criança ou jovem possam estar em risco ou se suspeite de maus tratos;
 - Descrever o protocolo de atuação em vigor no serviço de urgência pediátrica para a referenciação de crianças e jovens em risco para o NHACJR.

3

3. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Na antiguidade as crianças, do latim *Infans* que significa “aquele que não pode falar”, eram consideradas pessoas adultas em miniatura e encaradas apenas como mais uns “braços” para trabalhar. Com o passar do tempo, no ocidente europeu começou a adotar-se uma noção moderna de infância e esta etapa passou a ser encarada como uma categoria de idade específica com características próprias e distintas do adulto. (Hockenberry & Wilson, 2014)



4

3. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

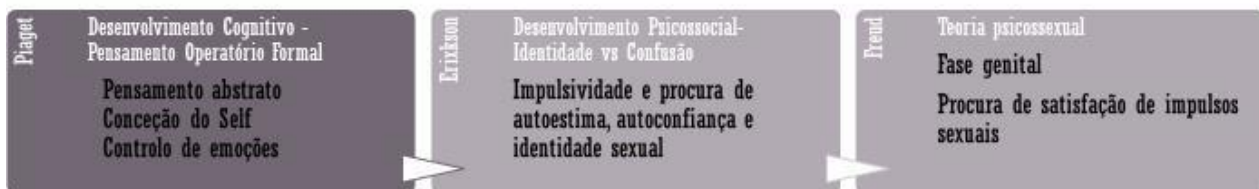
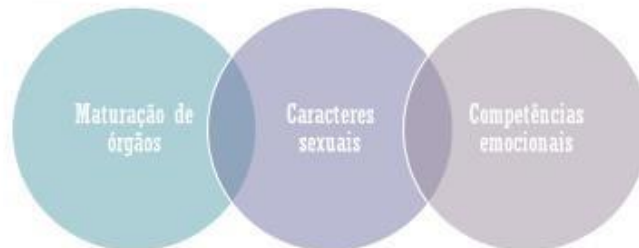
Estádios de Desenvolvimento Infantil e Juvenil



5

3. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A adolescência
caracteriza-se



(Papália et al, 2009; Saewyc, 2014)

6

3. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL



- ❖ Em Portugal, **aumentou o número de adolescentes com comportamentos de risco** associados ao consumo de tabaco, álcool e outras substâncias (Matos & Aventura Social, 2018);
- ❖ As perturbações de comportamento e emocionais conduzem à adoção de maus hábitos alimentares, comportamentos sexuais desajustados e autoagressão (Matos & Aventura Social, 2018);
- ❖ A Direção-Geral da Saúde reconhece nos planos nacionais de saúde a necessidade de melhorar a rede de apoio aos adolescentes desenvolvendo espaços apropriados e adaptados às suas reais necessidades (Direção-Geral da Saúde, 2012).

7

4. ADOLESCÊNCIA E RISCO

Notícias nos Media

Expresso ÚLTIMAS OPINIÃO ECONOMIA EXPRESSO CURTO PODCASTS TRIBUNA LUANDA LEAKS AO VIVO NA REDAÇÃO

Os adolescentes portugueses vivem numa bolha de felicidade. Que pode rebentar

19.12.2018 às 18:00

Completa este ano duas décadas e é o estudo mais aprofundado sobre os comportamentos dos adolescentes portugueses. O Health Behaviour in School-aged Children mostra um quadro positivo, mas ainda com muito para resolver. Na idade que apavora os pais, os riscos escondidos no armário nem sempre são os mais visíveis



JN

JN Direto Nacional Local Justiça Mundo Economia Desporto Pessoas Inovação Cultura Opinião Notícias

64 segundos Legislação 2019 Resultados Legislativas 2019

PREMIUM

Comportamentos de risco nos jovens estão a aumentar

Alexandra Figueira
11 Mai 2019 às 09:39

COMENTÁRIOS

100000
Nacional

<https://www.jn.pt/nacional/comportamentos-de-risco-nos-jovens-estao-a-aumentar-10930399.html>

<https://expresso.pt/sociedade/2018-12-19-Os-adolescentes-portugueses-vivem-numa-bolha-de-felicidade.-Que-pode-rebentar>

8

4. ADOLESCÊNCIA E RISCO

Fatores protetores e fatores de risco comportamentais, relacionais e emocionais na adolescência



Fatores protetores

Diminuem a probabilidade de adotar comportamentos de risco.



Fatores de risco

Condições ou variáveis que têm um impacto negativo na saúde, bem-estar e/ou desempenho social dos indivíduos e que por isso aumentam a possibilidade de adotar comportamentos de risco.



Comportamentos de risco

Todos aqueles que representam risco para o próprio e/ou para outros comprometendo o seu desenvolvimento saudável.

(Ordem dos Enfermeiros, 2010; Silva, 2016; Direção-Geral da Saúde, 2018)

9

4. ADOLESCÊNCIA E RISCO



Fatores protetores

Envolvimento afetivo familiar
saudável

Relações satisfatórias e
prazerosas com os pares

Autoconceito positivo

Boa autoestima

Desenvolvimento de
competências relacionais
eficazes

Sucesso escolar

(Saewyc, 2014; Silva, 2016)

10

4. ADOLESCÊNCIA E RISCO



Fatores de risco

Baixa autoestima, baixa tolerância à frustração, desvalorização das normas e regras, disfunções afetivo-emocionais entre familiares, fraca ligação à escola e insucesso escolar

Défice na aquisição de competências sociocognitivas e no processamento de informação

Comportamentos agressivos precoces

Comportamento antissocial

Experiências sexuais precoces

Patologias como PHDA ou problemas de aprendizagem

(Silva, 2016)

11

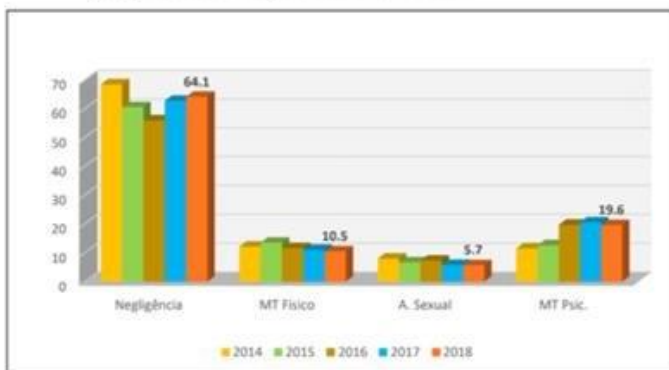
4. ADOLESCÊNCIA E RISCO



Fatores de risco



Tipologia dos casos novos, nos anos de 2014 a 2018 - %



(ARSLVT, 2019)

12

4. ADOLESCÊNCIA E RISCO



Comportamentos de risco



(Ordem dos Enfermeiros, 2010; Direção-Geral da Saúde, 2018)

Imagens Google

13

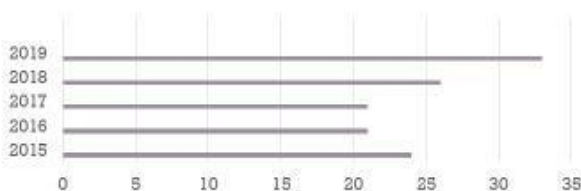
4. ADOLESCÊNCIA E RISCO

Realidade do SUP do Hospital de Cascais



Consumo de álcool

Nº casos de ingestão etanólica por ano no H. Cascais



Género



■ Feminino ■ Masculino

Idade

Mediana = 16
Média = 15,6
Mínimo = 12
Máximo = 17

Janeiro de 2020
3 IE (17F, 15M, 15M)

Fevereiro de 2020 2
IE (15M e 12F)

Dados recolhidos entre janeiro de 2015 e dezembro de 2019 no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital de Cascais.

14

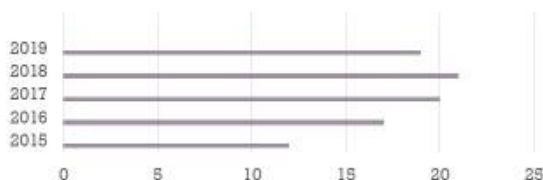
4. ADOLESCÊNCIA E RISCO

Realidade do SUP do Hospital de Cascais

Suicídio



Nº casos de IMV por ano no H. Cascais



Dados recolhidos entre janeiro de 2015 e dezembro de 2019 no Serviço de Urgência Pediátrica do Hospital de Cascais.

Género



Idade

Mediana = 16
Média = 15
Mínimo = 11
Máximo = 17

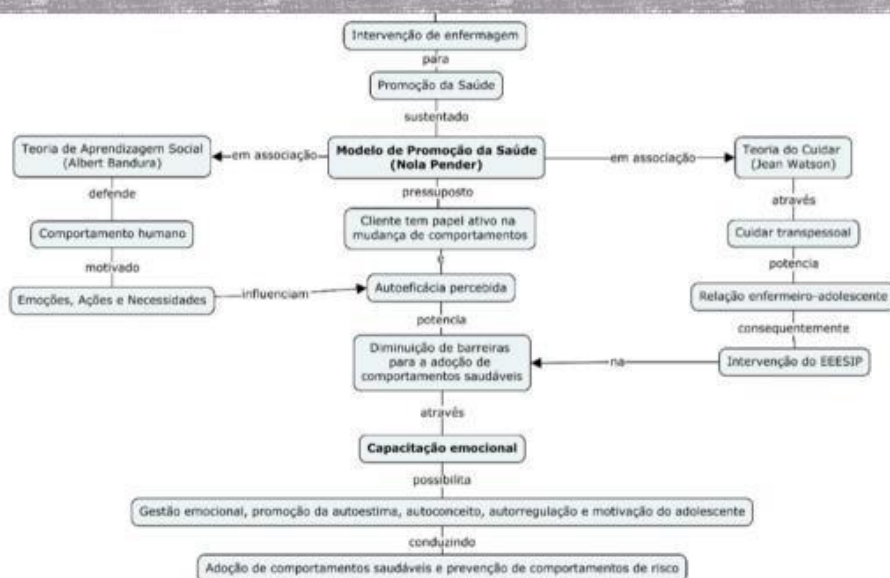
Janeiro de 2020
3 IMV (14M, 15M e 16F)

% fármacos ingeridos



15

5. PROMOÇÃO DA SAÚDE DO ADOLESCENTE



16

6. IDENTIFICAÇÃO DE SITUAÇÕES DE RISCO



Sintomas / Sinais / Indicadores de Negligência

Negligência pode ser definida como a não satisfação de necessidades básicas de afeto, saúde, alimentação, higiene e educação de modo continuado no tempo. Pode ser ativa, quando praticada de modo intencional, ou passiva sempre que se verifique que é devida a incompetência ou incapacidade por parte dos cuidadores. (Perdigão et al, 2014)

Sinais		Sintomas
- Ausência ou demora na procura de cuidados médicos / Doença crónica sem vigilância - Aspecto mal cuidado (falta de higiene, rotinas, vestuário desadequado à estação, eritema perineal prolongado) - Intoxicações acidentais ou infeções recorrentes sem explicação	- Incumprimento do PNV/PNSIJ - Sinais de negligência prologada: - Progressão ponderal deficiente - Abdomen proeminente - Atraso do desenvolvimento sexual	- Alterações do estado nutricional (desnutrição, desidratação, peso excessivo para a idade, dieta desadequada) - Perturbações do desenvolvimento (peso, estatura, linguagem) - Depressão ou Agressividade - Perturbações do sono

Informação da tabela retirada de Ficha de Sinalização para o NHACJR/NACJR

Imagens GOOGLE

17

6. IDENTIFICAÇÃO DE SITUAÇÕES DE RISCO



Sintomas / Sinais / Indicadores de Maus tratos FÍSICOS

Maus tratos físicos compreendem todas as ações não acidentais, infligidas pelos pais ou cuidadores que provocam ou têm potencial de provocar dano. Podem ser ações isoladas ou repetidas. (Perdigão et al, 2014)

Sinais		Sintomas
- Lesões com diferentes estádios de evolução (por exemplo, equimoses e hematomas com diferentes colorações) - Lesões de diagnóstico mais complexo, como lesões internas e/ou neurológicas - Sequelas de traumatismo antigo (calos ósseos resultantes de fractura) ou fraturas	- TCE em crianças <1 ano de idade - Alopecia traumática por arrancamento, ou por postura prolongada com deformação do crânio - Lesões provocadas que deixam marcas (por exemplo, marcas de fivela, corda, mãos, chicote, régua...)	- Persistência de sintomas de difícil explicação - Histórias de lesões recorrente e sem uma explicação consistente - Perturbações do desenvolvimento

Informação da tabela retirada de Ficha de Sinalização para o NHACJR/NACJR

Imagens GOOGLE

18

6. IDENTIFICAÇÃO DE SITUAÇÕES DE RISCO



Sintomas / Sinais / Indicadores de Maus tratos **PSICOLÓGICOS / EMOCIONAIS**

Maus tratos psicológicos resultam de ambientes desprovidos de serenidade e bem estar afetivo, condições indispensáveis ao crescimento, desenvolvimento e comportamento adequados. (Perdigão et al, 2014)

Sinais	Sintomas
- Auto-mutilação - Comportamentos entendidos como desviantes (delinquência, abuso de álcool ou drogas, prostituição) - Relutância em regressar a casa e/ou fuga	- Tristeza, medos, sentimentos de inferioridade, vergonha ou culpa - Choro incontrolável no 1º ano de vida - Perturbações do sono ou do comportamento alimentar - Alterações do controlo dos esfíncteres (enurese, encoprese) - Cefaleias, dores musculares e abdominais sem causa orgânica aparente - Excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações afetivas - Comportamento ou ideação suicida

Informação da tabela retirada de Ficha de Sinalização para o NHACJR/NACJR

Imagens GOOGLE

19

6. IDENTIFICAÇÃO DE SITUAÇÕES DE RISCO



Sintomas / Sinais / Indicadores de **ABUSO SEXUAL**

Abuso sexual corresponde ao envolvimento de uma criança ou jovem em atividades que visam a satisfação sexual de um indivíduo mais velho. Assenta numa relação de poder ou autoridade que assenta em diferentes atividades e pode culminar no coito. (Perdigão et al, 2014)

Sinais	Sintomas
- Lesões externas nos órgãos genitais (eritema, edema, laceração, fissuras, erosão, infecção) - Hemorragia vaginal ou anal - Lesões no pénis ou região escrotal - Presença de esperma, lubrificantes ou sangue de outrem na roupa/corpo da criança/jovem	- Lassidão anormal do esfíncter anal ou do hímen, fissuras anais ou laceração do hímen - Prurido, dor ou edema na região vaginal ou anal - Equimoses e/ou petéquias na mucosa oral e/ou laceração dos lábios ou do freio da língua - IST's e/ou Gravidez - Condutas erotizadas - Dificuldade na relação com os pares - Depressão - Perturbações funcionais ou do foro sexual

Informação da tabela retirada de Ficha de Sinalização para o NHACJR/NACJR

Imagens GOOGLE

20

7. SINALIZAÇÃO DE SITUAÇÕES DE RISCO

Os enfermeiros podem:

- ❖ Enviar email a expor a situação para nhacjr@hospitaldecascais.pt
- ❖ Preencher a ficha de sinalização para o NHACJR identificando a criança/adolescente e situação:

Mau trato físico	Negligência
Mau trato psicológico/ emocional	Abandono
Abandono afectivo	Disfuncionalidade parental/familiar
Abuso sexual (suspeita)	Abuso sexual (confirmado)
Problemas comportamentais — agressividade contra outros (família, amigos, professores), agitação psicomotora	Problemas comportamentais (autoagressividade, ideação suicida, desorientação, confusão, apatia, ...)
Comportamentos aditivos nos cuidadores (álcool, substâncias ilícitas, jogo)	Absentismo escolar sem justificação
Dificuldade de aprendizagem sem défice cognitivo	Problema de saúde grave na criança/fratρία

- ❖ Discutir a situação com o chefe de equipa, Enfermeira Margarida Corga e/ou Dr.ª Ana Pinheiro (elos de ligação do NHACJR);
- ❖ Contactar a assistente social Elsa Ribeiro (835303); psicóloga sempre que necessário (967049756).
- ❖ Mais informações na intranet em Qualidade e Segurança -> Acreditação JCI -> Padrões centrados no doente -> [COP.3 PR\(P\)-Cuidado Doent Jovens Crianc Dependentes-rev03](#)

Informação da tabela retirada de Ficha de Sinalização para o NHACJR/NACJR

21

8. DADOS ESTATÍSTICOS

Consumos e dependências

	1998	2002	2006	2010	2014	2018
Consumo de tabaco - não fumo	86,9%	81,4%	87,8%	88,1%	92,5%	93,7%
Consumo de tabaco - todos os dias	5,4%	8,5%	5%	4,5%	2,6%	2,4%
Consumo de bebidas destiladas - raramente ou nunca	90,1%	87,8%	88,8%	89,8%	94,2%	89,4%
Consumo de bebidas destiladas - todos os dias	0,4%	1%	0,7%	0,3%	0,4%	3,7%
Consumo de cerveja - raramente ou nunca	87,9%	91,5%	90,4%	91,7%	95%	91%
Consumo de cerveja - todos os dias	1%	0,8%	1%	0,5%	0,5%	3,6%
Embriguez (toda a vida) - nunca	-	-	-	-	88%	88,2%
Embriguez (toda a vida) - 4 vezes ou mais	-	-	-	-	3,6%	2,9%
Consumo de droga no último mês - nunca	97,5%	93,4%	95,5%	93,9%	96,7%	96,1%
Consumo de droga no último mês - mais do que uma vez	1,4%	4,2%	2,6%	3,4%	2,1%	2,3%
Marijuana (Haxixe)	3,8%	9,2%	8,2%	8,8%	8,8%	4,8%***

***Por ordem a redução de perguntas

(Mates, 2018)

Imagens GOOGLE

8. DADOS ESTATÍSTICOS

Imagens GOOGLE

Distribuição das Sinalizações por Tipo de Mau Trato, ARS e Ano.

ARS	Negligência		Mau Trato Físico		Abuso Sexual		Mau Trato Psicológico		Situações Específicas	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017	2016	2017
ARS Norte	67%	65%	4%	9%	4%	4%	21%	22%	3%	0%
ARS Centro	74%	69%	4%	3%	4%	6%	17%	22%	1%	0%
ARS LVT	59%	63%	12%	11%	8%	6%	21%	20%	0%	0%
ARS Alentejo	74%	59%	2%	3%	6%	5%	19%	33%	0%	0%
ARS Algarve	60%	52%	5%	6%	4%	5%	26%	36%	5%	0%
Portugal Continental	67%	62%	5%	6%	5%	5%	21%	27%	2%	0%

- Sinalizações (%) por tipo de mau trato, ARS e ano, em 2016-2017

Tipologia dos casos novos dos NACJR e NHACJR no ano 2018

	NACJR	NHACJR	Total/Sexo		Total	%
			M	F		
Negligência	1745	1140	1392	1493	2885	64.1%
Mau trato físico	102	372	247	227	474	10.5%
Abuso sexual	53	204	53	204	257	5.7%
Mau trato psicológico	604	278	463	419	882	19.6%

23

[ARSLVT, 2019]

9. CONCLUSÃO

As crianças foram conquistando os seus direitos atuais na sociedade europeia, sendo reconhecidas com uma etapa da vida pautada por diferentes estádios de desenvolvimento



Adolescência é um período que se caracteriza por alterações biopsicosocioculturais e emocionais



A imaturidade e curiosidade, características da adolescência, tornam os indivíduos mais suscetíveis aos diferentes fatores de risco

Os enfermeiros devem:

- ❖ Capacitar emocionalmente as crianças e adolescentes para a adoção de comportamentos promotores da sua saúde;
- ❖ Identificar e sinalizar situações de risco para a criança / adolescente / família;
- ❖ Mobilizar apoios e recursos existentes na comunidade para melhorar as condições e fatores promotores da sua saúde.

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(ARSLVT, 2019)

- ❖ Costa, L.H. (2019). *Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco: relatório 2018*. Lisboa: Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo.
- ❖ Direção-Geral de Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- ❖ Direção-Geral da Saúde (2018). *Saúde Infantil e Juvenil Portugal*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- ❖ Matos, M. G. & Aventura Social (2018). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses após a Recessão*. Lisboa: Health Behaviour in School-Aged Children.
- ❖ Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* (Série I, N.º3, Vol. 1). Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- ❖ Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (2009). *O Mundo da Criança, da Infância à Adolescência* (11.ª Ed). São Paulo: McGraw-Hill.
- ❖ Pender, N.; Murdaugh, C. & Parsons, M. (2011). *Health Promotion in Nursing Practice*. 6ªed. Boston: Pearson Educativo.
- ❖ Perdigão, A., Menezes, B., Almeida, C., Machado, D., & Silva, M. (2014). Violência Interpessoal – Abordagem, Diagnóstico e Intervenção nos Serviços de Saúde. Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- ❖ Regulamento n.º 422/2018 de 12 de Julho. Diário da República n.º 122 – II Série. *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

25

10. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

(ARSLVT, 2019)

- ❖ Saewyc, E. M. (2014). *Capítulo 19: Promoção da Saúde do Adolescente e da Família* in M. Hockenberry & D. Wilson (2014). *Wong Enfermagem da Criança e do Adolescente* (784-823). (A. P. Fonseca, Trad.) (9ª Ed), Loures: Lusociência (Tradução do original do inglês Wong's Nursing Care of Infants and Children, 9th Edition, 2011, Missouri: Mosby Elsevier).
- ❖ Silva, C. A. F. S. (2016). *Programa de Prevenção de Comportamentos de Risco e Promoção de uma Cidadania Saudável: Alinhas?*. Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologia: Escola de Psicologia e Ciências, Lisboa.
- ❖ Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing*. 2nd Edition. London: Jones and Bartlett Learning, LLC

26

ANEXOS

Anexo I: Programa e comprovativo de participação no 8º simpósio do
Serviço de Psiquiatria: A Pessoa em Criação – Infância, Adolescência
e Vida Adulta

8º SIMPÓSIO

Serviço de Psiquiatria - Departamento de Saúde Mental
do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE

A PESSOA EM CRIAÇÃO - INFÂNCIA,
ADOLESCÊNCIA E VIDA ADULTA



Comissão Organizadora

- Ana Coelho
- Ana Lima
- Catarina Cativo
- Catarina Oliveira
- Cláudia Matamouros
- Dora Leal
- Diogo Almeida
- Filipa Ferreira
- Filipa Viegas
- Inês Figueiredo
- João Costa Pedro
- Luis Afonso Fernandes
- Mário Santos
- Patrícia Baltar
- Patrícia Gonçalves
- Pedro Barata
- Raquel Bandeira
- Raquel Serrano
- Sara Dehanov
- Sara Santos
- Sofia Barbosa
- Tânia Duque
- Teresa Maia
- Tiago Ferreira

Horário do Secretariado

- 18 de Outubro: 08h00 - 18h30
- 19 de Outubro: 09h00 - 13h15

Secretariado

GetDone

Marketing, Publicidade, Promoção e Organização de Eventos, Lda
Rua Mariana Vilar n.º 3 B | 1600-220 Lisboa
T: (+351) 217 525 419
soniaramos@getdone.pt

Apoios

Janssen Neuroscience
medicamentos colaboração Schering-Plough

ANGELINI

Lowell Reddy PROGRESS IN MIND

Pfizer

TECNIFAR

GENEDEC

4H HEALTHCARE

Major Sponsor:

SERVIER

8º SIMPÓSIO

Serviço de Psiquiatria - Departamento de Saúde Mental
do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE

A PESSOA EM CRIAÇÃO - INFÂNCIA,
ADOLESCÊNCIA E VIDA ADULTA

18 - 19 2019
OUTUBRO



Hotel VIP
Executive
Entrecampos
Hotel and
Conference

LISBOA

Organização:



FICHA de INSCRIÇÃO

P R O G R A M A

8º SIMPÓSIO

Serviço de Psiquiatria - Departamento de Saúde Mental
do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE

A PESSOA EM CRIAÇÃO - INFÂNCIA, ADOLESCÊNCIA E VIDA ADULTA



18 OUTUBRO *Sexta-Feira*

- 09:00 > 09:30 **Sessão de Abertura** Francisco Velez Roxo,
Teresa Maia, Catarina Pereira
- 09:30 > 10:15 **A obra de Paula Rego** Maria do Carmo Sousa Lima
Moderadora: Antonieta Domingues
- 10:15 > 11:15 **O impacto do trauma infantil na psicopatologia**
Marco Paulino e Augusto Carreira
Moderadora: Teresa Maia
- 11:15 > 11:30 **Coffee-break**
- 11:30 > 13:00 **Primeiro episódio psicótico - Transições**
Moderadora: Patrícia Gonçalves
- UP - experiência de uma Unidade de transição
Rita Mateiro e Rebeca Cifuentes
 - Apresentações iniciais e implicações
na abordagem terapêutica - Susana Jorge
 - Perturbações psicóticas e uso de substâncias
Licínio Santos
- 13:00 > 14:00 **Almoço**
- 14:00 > 15:00 **Mudanças no conceito de família** Margarida Mesquita
Moderadora: Teresa Goldschmidt
- 15:00 > 16:30 **Do neurodesenvolvimento à idade adulta**
- Autismo e PHDA
Moderadora: Dora Leaf
- As idades do autismo - Rita Rapazote
 - Perturbações do espectro do autismo
e integração em meio laboral - Patrícia de Sousa
 - Intervenção psicossocial na PHDA ao longo
da vida. Que diferenças e porquê - Ana Rodrigues
 - PHDA na transição e idade adulta - Rui Ribeiro
- 16:30 > 16:45 **Coffee-break**

16:45 > 18:15 **Identidade e género**

Moderadora: Alice Luis

- Crianças e adolescentes trans - abordagem
Psiquiátrica - Maria Laureano
- Disforia de género na prática clínica - Ana Teresa Prata
- Experiência no trabalho clínico com adultos
com disforia de género - Susana Renca

19 OUTUBRO *Sábado*

09:00 > 09:30 **Encefalites autoimunes e o papel dos anticorpos
maternos nas doenças do neurodesenvolvimento**
Ester Coutinho

Moderadora: Susana Jorge

09:30 > 11:00 **Psiquiatria e Pedopsiquiatria - transição, modelos
de articulação e programas de prevenção**
Moderadora: Catarina Pereira

- Modelos de organização de Serviços e transição
Teresa Maia e Catarina Pereira
- O Programa Semente - Mónica Loureiro
- Famílias em (re)criação - Projeto Kidstime,
uma experiência hospitalar - Carla Maia
- Intervenções familiares no âmbito do programa
Semente - uma mudança de paradigma
Raquel Ribeiro e Alexandra Lourenço

11:00 > 11:30 **Coffee-break**

11:30 > 13:00 **Comportamentos autolesivos e Perturbações
da Personalidade - um continuum?**

Moderador: João Carlos Melo

- PedroTalks: Comportamentos autolesivos
- Psicopatologia ou Fenómeno Social
Tânia Duque
- Dos comportamentos autolesivos não suicidários
à Perturbação Borderline da Personalidade
Paula Castilho
- Programa de intervenção em Perturbações borderline
da personalidade no Centro Hospitalar Universitário
de S. João - Raquel Pedrosa, Cátia Guerra, Eva Osório
e Berta Ramos

13:00 **Sessão de encerramento**

8º SIMPÓSIO

Serviço de Psiquiatria - Departamento de Saúde Mental
do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE

A PESSOA EM CRIAÇÃO - INFÂNCIA, ADOLESCÊNCIA E VIDA ADULTA



Nome:	Localidade:
Endereço:	E-mail:
Código Postal:	Local de Trabalho:
Telefone:	Serviço:
Profissão:	INSCRIÇÃO:
Especialidade:	A inscrição e grãa mas obrigatória para a participação no 8º Simpósio do Serviço de Psiquiatria do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE, pelo que é favor enviar este boletim devidamente preenchido para o Secretariado.
Secretariado:	Getfome - Marketing, Publicidade, Promoção e Organização de Eventos, Lda Rua Mariana Viar n.º 3 B 1605-220 Lisboa T: (+351) 217 525 419 • secretariado@getfome.pt

FICHA de INSCRIÇÃO

8º SIMPÓSIO

Serviço de Psiquiatria - Departamento de Saúde Mental
do Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE

A PESSOA EM CRIAÇÃO - INFÂNCIA,
ADOLESCÊNCIA E VIDA ADULTA

18-19
OUTUBRO

2019

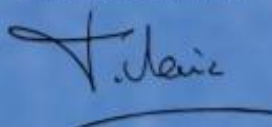
Para os devidos efeitos certifica-se que

Diana Gomes Pereira

Participou no 8º Simpósio do Serviço de Psiquiatria do Hospital
Fernando da Fonseca, que decorreu nos dias 18 e 19 de outubro de
2019, no hotel Vip Executive Entrecampos.

Lisboa, 19 de outubro de 2019

Pela comissão organizadora



Teresa Maia



Apoio:



Organização:



Anexo II: Programa e comprovativo de participação nas 1^{as} Jornadas de enfermagem do Departamento da Criança e do Jovem do Hospital Fernando Fonseca “Cuidar, Partilhar e Refletir”



1^{as} JORNADAS DE
ENFERMAGEM DO
DEPARTAMENTO DA
CRIANÇA E DO JOVEM

Cuidar, Partilhar e Refletir

Hospital Prof. Dr.
Fernando Fonseca, EPE
13 & 14 Dezembro

13 Dezembro 2019

8h30: Abertura do secretariado

9h - 9h45: Conferência 1 | Promover a reflexão sobre o direito da criança ao livre e esclarecido consentimento informado, possibilitando a sua autonomia na tomada de decisão.

Conferencista: Sérgio Deodato (Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa)

Presidente de mesa: Sónia Semião (HFF)

9h45 - 10h: Sessão de Abertura das Jornadas

Conselho de Administração do HFF

Adjunta da Direção de Enfermagem do Departamento da Criança e do Jovem: Helena Ribeiro da Silva

10h - 11h: Mesa redonda 1: Direitos da criança e do jovem - A realidade no HFF

- Núcleo de Apoio à Criança e Jovem em Risco: Catarina Escobar, Luísa Tavares e Maria Inês Pires (HFF)

- Unidade Móvel de Apoio ao Domicílio: Hugo Martins (HFF)

- Cuidar da criança/jovem e família no fim de vida: Joana Teixeira (HFF)

- Enfermaria Amiga do Sono: Sofia Santos (HFF)

Moderador: Paula Costa (HFF)

11h - 11h45: Coffee break e discussão de posters

11h45 - 12h30: Conferência 2 | Gestão emocional da criança e do jovem com comportamento auto lesivo e ideação suicida

Conferencista: António Nabais (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa)

Presidente de mesa: Helena Ribeiro da Silva (HFF)

12h30 - 14h: Almoço livre

14h00 - 14h45: Conferência 3 | A importância da programação neurolingüística e a sua

aplicabilidade na prática diária.

Conferencista: Pedro Fernandes (Terapeuta Transpessoal)

Presidente de mesa: Teresa Vidal (HFF)

14h45 - 15h45: Mesa redonda 2: Direitos da criança e do jovem - Novos desafios

- Núcleo Contra a Dor: Catarina Melancia, Marta Silva e Vera Ramos (HFF)

- Presença dos pais na sala de reanimação: Marta Escudeiro (HFF)

- Desafios na intervenção à dor da criança/jovem em situação de doença crónica: Zaida Charepe (Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa)

- O futuro dos cuidados paliativos pediátricos: Joana Mendes Branquinho (Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental)

Moderador: Eliana Rocha (HFF)

15h45 - 16h: Encerramento do 1º dia de jornada

14 Dezembro de 2019

9:00: Abertura do dia dedicado aos seguintes workshops:

Sala 1 - Ventilação não invasiva

Responsáveis: Ana Marquez, Joana Imaginário, Paula Costa, Salomé Barros (HFF)

Sala 2 - Treino de reanimação pediátrica em equipa

Responsáveis: Marta Escudeiro, Eliana Rocha, Ana Santos e Catarina Conceição (HFF)

Sala 3 - Diabetes mellitus em idade pediátrica

Responsáveis: Sofia Marques, Guida Fernandes e Marisa Ventura (HFF)

Sala 4 - Avaliação e controlo da dor em pediatria

Responsável: Catarina Melancia, Marta Silva e Vera Ramos (HFF)

Sala 5 - Relação terapêutica com a criança e sua família

Responsável: Maria José Pinheiro (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa)

13:00: Encerramento do 2º dia de jornada





1^{AS} JORNADAS DE ENFERMAGEM DO DEPARTAMENTO DA CRIANÇA E DO JOVEM

Certifica-se que **Diana Pereira** esteve presente nas conferências das *1^{as} Jornadas de Enfermagem do Departamento da Criança e do Jovem do HFF*, que decorreram no dia 13 de dezembro de 2019, no auditório do Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca EPE, entre as 9h e as 16h, correspondendo a uma carga horária de sete horas.

P' Comissão Científica

HRSilva

P' Comissão Organizadora

Paula Costa

Amadora, 13 de dezembro 2019



1^{AS} JORNADAS DE ENFERMAGEM DO DEPARTAMENTO DA CRIANÇA E DO JOVEM

Certifica-se que *Diana Gomes Pereira* frequentou o *workshop* intitulado de **TREPE – Treino de Reanimação Pediátrica em Equipa**, realizado no dia 14 de dezembro de 2019 no Hospital Professor Doutor Fernando Fonseca EPE, entre as 9h e as 13h, correspondendo a uma carga horária de quatro horas.

P' Comissão Científica

HR Silva

P' Comissão Organizadora

Paula Costa

Amadora, 14 de dezembro 2019

Anexo III: Exemplos de questões relacionadas com o acrónimo
HEEADSSS

Exemplos de questões relacionadas com o acrónimo *HEEADSSS*

CASA	▪ Onde moras? Há quanto estás nessa casa? ▪ Com quem vives? ▪ Tens um quarto só para ti? ▪ Como é o relacionamento entre os membros da família? ▪ De quem te sentes mais próximo(a)? ▪ Alguém saiu de casa recentemente? Há alguém de novo?
ESCOLA	▪ Em que escola andas? Como é a escola? Mudaste recentemente? ▪ Quais as disciplinas preferidas? E as que menos gostas? ▪ Tens amigo(a)s na escola? ▪ Como é o teu aproveitamento? Modificou-se recentemente? ▪ Que planos tens quanto ao futuro? ▪ Trabalhas? Onde? Qual o horário de trabalho?
ALIMENTAÇÃO	▪ O que é que gostas e não gostas no teu corpo? ▪ O teu peso alterou-se recentemente? De que modo? ▪ O que é para ti uma dieta saudável? É a que fazes? ▪ Já fizeste dieta alguma vez? ▪ Praticas exercício diariamente?
ACTIVIDADES	▪ O que fazes quando estás com os teus amigos? ▪ Praticas algum desporto? Quantas vezes por semana? ▪ O que fazes quando estás com a tua família? ▪ Tens alguma outra atividade organizada (grupo de jovens, escuteiros, voluntariado, etc)? ▪ Tens alguns <i>hobbies</i>? Gostas de ler? Que livro estás a ler agora? ▪ Quantas horas de TV vês por dia? E computador? E vídeo-jogos?
CONSUMOS	▪ Algum dos teus amigos fuma, bebe álcool ou se droga? ▪ E na tua família? ▪ E tu próprio? ▪ Alguém fuma na tua casa? ▪ Tens algum familiar que tenha sido alcoólico ou tenha consumido drogas?
SEXUALIDADE	▪ Tens um(a) namorado(a) atualmente? Já tiveste antes? ▪ Já tiveste relações sexuais? ▪ O que significa “sexo seguro” para ti? ▪ Utilizas contraceção? Que método contraceutivo usas? ▪ Alguma vez foste forçado(a) a envolveres-te em práticas sexuais contra a tua vontade? ▪ Tiveste alguma infeção transmitida por via sexual? Quando e qual??
DEPRESSÃO/ SUICÍDIO	▪ Sentes-te triste ou “em baixo” mais do que o habitual? ▪ Estás sempre chateado(a)? ▪ Tens dificuldade em dormir? ▪ Pensas por vezes em te magoares a ti próprio(a) ou a outra pessoa? ▪ Achas que estás a perder o interesse em coisas que antes te davam prazer?

	▪ Isolaste-te mais dos amigos, nos últimos tempos? ▪ Conheces alguém que tenha pensado em suicidar-se? Isso já sucedeu contigo? ▪ Começaste a fumar, beber ou usar drogas para te sentires melhor e mais calmo(a)?
SEGURANÇA	▪ Tiveste algum acidente grave ou provocaste algum acidente? ▪ Usas sempre cinto de segurança, no carro? ▪ Alguma vez andaste de carro com um condutor embriagado? ▪ Usas equipamentos de segurança quando praticas desportos (por exemplo capacete)? ▪ Há violência na tua família? ▪ A tua escola é violenta? ▪ Alguma vez foste agredido(a) ou abusado(a) sexualmente? ▪ Alguma vez foste vítima ou te envolveste em <i>bullying</i> ou em situação de violência no namoro?

- **Retirado de** Direção-Geral de Saúde (2012). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa: Direção-Geral da Saúde

Anexo IV: Ficha de Sinalização para os Cuidados de Saúde Primários,
Serviços de Internamento e Consultas Externas Hospitalares

Ficha de Sinalização para os Cuidados de Saúde Primários, Serviços de Internamento e Consultas Externas Hospitalares

A - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM			
Nome	☐ Sexo Masc. ☐ Sexo Fem.	Data Nasc. / /	Idade anos e meses
Morada (rua, nº e andar)		Localidade	Cod. Postal -
Telefone	Telemóvel	Nº Utente	
Centro de Saúde	Jardim-de-infância/Escola		
Médico de Família			
Dados da Mãe/Pai ou Pessoa Responsável	Outras Informações de Interesse		
N.º Irmãos Coabitantes:			
B – DADOS DA SINALIZAÇÃO			
Entidade Sinalizadora:			
Contactos da Entidade:		Email	
Telefone	Telemóvel	Fax	
Morada			
Quem sinaliza:			
Contactos:			
Data de sinalização: / /			
Data do primeiro contacto com a família na situação em análise __ / __ / ____			
C – MOTIVO DA SINALIZAÇÃO (SUSPEITA/CONFIRMAÇÃO)			
Mau trato físico	☐	Negligência	☐
Mau trato psicológico / emocional	☐	Abandono	☐
Abandono afectivo	☐	Disfuncionalidade parental/familiar	☐
Abuso sexual (suspeita)	☐	Abuso sexual (confirmado)	☐
Problemas comportamentais – agressividade contra outros (família, amigos, professores), agitação psicomotora	☐	Problemas comportamentais (autoagressividade, ideação suicida, desorientação, confusão, apatia, ...)	☐
Comportamentos aditivos nos cuidadores (álcool, substâncias ilícitas, jogo, ...)	☐	Absentismo escolar sem justificação	☐
Dificuldade de aprendizagem sem défice cognitivo	☐	Problema de saúde grave na criança/fratria	☐
Outros motivos:	☐	Comentários:	

Para a presente sinalização solicita-se que os sinais/sintomas/indicadores e/ou factores de risco observados sejam identificados no documento em anexo.

Tipo de Suspeição: ☐ Suspeita	☐ Observação isolada ☐ Observação reiterada	☐ Evidência	☐ Observação isolada ☐ Observação reiterada
---	--	------------------------------------	--

Tipo de Intervenção: ☐ Ligeira ☐ Moderada ☐ Intensiva ☐ Muito Intensiva

D – INICIATIVAS ACTUAIS E/OU MEDIDAS TOMADAS

Elaborou ou tem conhecimento da existência de um plano para seguimento/esclarecimento de situações anteriores? ☐ Sim ☐ Não

Iniciativas actuais / Medidas já tomadas (especifique, se possível, as opções assinaladas):

- ☐ Encaminhamento para Urgência _____
- ☐ Apoio junto de outro familiar _____
- ☐ Contacto com Psicólogo _____
- ☐ Contacto com Serviço Social _____
- ☐ Contacto com outras Instituições / Núcleos da Rede / Parceiros _____
- ☐ Contacto com Consulta de Especialidade _____
- ☐ Internamento em Serviço Hospitalar _____
- ☐ Contacto com o Instituto Nacional de Medicina Legal _____
- ☐ Contacto com CPCJ _____
- ☐ Contacto com Forças de Segurança (GNR/PSP) _____
- ☐ Accionado Artigo 91º da Lei 147/99 de 1 de Setembro, por situação de perigo iminente;
- ☐ Outros: _____

Técnico Responsável pelo plano _____

Data de Inicio da Implementação do Plano: __/ __/ ____

A família/jovem foi informada(o) da presente sinalização? ☐ Sim ☐ Não

Porquê? _____

E – MANTÉM-SE RESPONSÁVEL PELO SEGUIMENTO DA SITUAÇÃO?

- ☐ Sim, mantenho-me responsável pelo seguimento da situação, com acompanhamento pelo NACJR/NHACJR (se nos 30 dias subsequentes à presente sinalização, não existir qualquer registo de seguimento por esta equipa/profissional, a situação é encaminhada para o NACJR/NHACJR).
- ☐ Não, pretendo a intervenção do NACJR/ NHACJR. Justifique _____

NOTA - Se estiver em presença de uma situação de PERIGO, o profissional de saúde, perante a obrigatoriedade de actuação urgente (artigo 91.º da Lei n.º 147/99 de 1 de Setembro), torna-se automaticamente o Gestor de Caso.

NACJR/NHACJR- FICHA DE SINALIZAÇÃO
FINALIDADE: A Ficha de Sinalização e Articulação para os Serviços de Saúde pretende organizar e agilizar o fluxo de informação, permitindo uma intervenção concertada entre os diferentes profissionais dos serviços no âmbito da intervenção a crianças e jovens em risco, nos diferentes contextos e níveis de cuidados do Serviço Nacional de Saúde (SNS). Toda a informação constante na ficha é Confidencial. Esta Ficha destina-se a intervenções que visem prevenir ou abordar as situações de risco psicossocial, <u>desprotecção ou mau trato</u>. <u>Qualquer profissional de saúde pode preenchê-la</u>. Assim, este instrumento deve ser utilizado para: Sinalização interna para o Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NHACJR) da instituição onde foram observadas situações de risco, e/ou, na sua ausência, para notificar o Núcleo de Apoio a Crianças e Jovens em Risco (NACJR) do Centro de Saúde da área de residência da criança/jovem; Pedido de colaboração interprofissional ou intersectorial; As intervenções podem realizar-se dentro de uma mesma instituição de saúde, informando ou solicitando a actuação de outro profissional ou departamento, ou entre diferentes instituições ou níveis de intervenção do SNS. Nestes dois últimos casos, é recomendável que a Ficha de Sinalização e Articulação seja canalizada através dos NACJR / NHACJR.
INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO
A - DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DA CRIANÇA/JOVEM Dever-se-ão indicar os dados disponíveis que permitam a identificação e a localização da criança/jovem em risco, para o que se solicitará a colaboração de outro profissional ou sector do SNS. No campo "Idade", dever-se-á indicar a idade em anos e meses até aos três anos de idade da criança. No campo "Jardim-de-Infância/Escola", dever-se-á indicar o nome da escola e outros dados mais específicos, se estiverem disponíveis. No campo "Dados da mãe/pai ou pessoa responsável", caso não sejam os pais os responsáveis pela criança/jovem, dever-se-á identificar a pessoa responsável, indicar o grau de parentesco e contactos. No campo "Outras informações de interesse" poder-se-á referir a Nacionalidade dos pais, défices de comunicação dos mesmos, entidade patronal do jovem (se aplicável) entre outras considerações relevantes. B – DADOS DA SINALIZAÇÃO Este campo possibilita e facilita a coordenação interprofissional ou intersectorial proposta ou solicitada. Dever-se-ão incluir a data da sinalização ao NACJR/NHACJR e os dados que permitam identificar a instituição e o profissional que a inicia e/ou que se mantém como gestor de caso. C – MOTIVO DA SINALIZAÇÃO Neste campo, dever-se-ão indicar o(s) motivo(s) de sinalização que justifiquem a necessidade de intervenção dos serviços de saúde junto da criança/jovem e família. No campo "Comentários" poder-se-ão inserir livremente todas as observações pertinentes relacionadas com o motivo de sinalização. Desta secção da Ficha de Sinalização, também faz parte a "Lista de sinais, sintomas, indicadores e factores de risco observados" que se encontra em anexo. A necessidade do seu preenchimento justifica-se pela importância de uma caracterização mais completa da situação de risco (potencial ou verificado), no sentido de promover a agilização do processo de colaboração solicitado. O mesmo se aplica aos campos referentes ao "Tipo de Suspeição" e ao "Tipo de Intervenção". Quanto ao Tipo de Intervenção, considere: LIGEIRA - quando a situação apenas requer acompanhamento e vigilância; MODERADA - quando necessita de uma intervenção mais específica; INTENSIVA - quando a situação implica medidas de promoção e protecção; MUITO INTENSIVA - quando a criança/jovem se encontra em perigo. D – ACTUAÇÕES PRÉVIAS REALIZADAS Este campo destina-se a fornecer informações acerca de possíveis actuações realizadas, actual ou anteriormente com a criança/jovem e família, bem como acerca dos profissionais/sectores que intervieram. De um modo geral, informar-se-á a criança/jovem e/ou família da solicitação de apoio que implica a utilização da presente Ficha, excepto em situações em que a própria segurança ou bem-estar da criança/jovem esteja em perigo e contra indique tal procedimento. E – PEDIDO DE INTERVENÇÃO DO NACJR/NHACJR Se a resposta for "Sim", a informação será utilizada pelo Núcleo apenas para fins estatísticos. Se a resposta for "Não", haverá que solicitar a necessidade de intervenção do Núcleo (aguardando-se o seu contacto para discussão da situação), justificando o facto.
INSTRUÇÕES PARA O ENVIO DA FICHA DE SINALIZAÇÃO
1) A Ficha será sempre enviada ao NACJR/NHACJR para fins estatísticos, preferencialmente por correio electrónico; 2) Quando solicitada colaboração, a Ficha será enviada ao serviço, unidade ou profissional a quem esta foi requerida (incluindo, se necessário, o NACJR/NHACJR), preferencialmente por correio electrónico; 3) Dever-se-á juntar uma cópia da mesma para integrar o processo clínico da criança/jovem.

ANEXO - Suspeita de Maus Tratos - Sintomas / Sinais / Indicadores

INSTRUÇÕES DE PREENCHIMENTO:

Por favor, assinalar os campos que considere presentes na sua observação (um ou vários).

No campo "Outros", poderá identificar outros sinais, sintomas ou indicadores que não estejam contemplados na listagem apresentada.

Toda a informação constante na ficha é **Confidencial**.

NOTA: Nenhum dos sintomas/sinais/ indicadores permite, por si só, estabelecer diagnóstico de maus tratos.

Físicos	
Hemorragias conjuntivais	☐
Lesões com diferentes estádios de evolução (por exemplo, equimoses e hematomas com diferentes colorações)	☐
Traumatismo cranio-encefálico em crianças menores de 1 ano de idade sem uma explicação consistente	☐
Lesões de diagnóstico mais complexo, como lesões internas e/ou neurológicas	☐
Fractura de fémur em criança que não iniciou marcha	☐
Fractura de costelas e/ou corpos vertebrais, fractura de metáfise	☐
Sequelas de traumatismo antigo (calos ósseos resultantes de fractura)	☐
Equimoses, hematomas, escoriações, queimaduras, cortes e mordeduras em locais pouco comuns nos traumatismos de tipo accidental	☐
Lesões provocadas que deixam marcas (por exemplo, marcas de fivela, corda, mãos, chicote, régua...)	☐
Síndrome da criança abanada (sacudida)	☐
Persistência de sintomas de difícil explicação	☐
Ausência ou demora na procura de cuidados médicos	☐
Consultas de urgência frequentes, aparentemente sem motivo justificativo	☐
Intoxicações, sobretudo se ocorrer mais de um episódio	☐
Síndrome de abstinência no período neonatal (tremores, dificuldades na alimentação, sudorese intensa, entre outros)	☐
Perturbações do desenvolvimento (peso, estatura, linguagem, ...)	☐
Aspecto mal cuidado	☐
Alterações do estado nutricional (desnutrição, desidratação, peso excessivo para a idade, dieta desadequada ...)	☐
Alopécia traumática por arrancamento, ou por postura prolongada com deformação do crânio	☐
Cansaço, sonolência e apatia frequentes	☐
Outros:	

Psicológicos/Emocionais	
Tristeza, medos, sentimentos de inferioridade, vergonha ou culpa	☐
Choro incontrolável no primeiro ano de vida	☐
Perturbações do comportamento alimentar	☐
Perturbações do sono	☐
Alterações do controlo dos esfíncteres (enurese, encoprese)	☐
Cefaleias, dores musculares e abdominais sem causa orgânica aparente	☐
Excessiva ansiedade ou dificuldade nas relações afectivas	☐
Auto-mutilação	☐
Comportamento ou ideação suicida	☐
Relutância em regressar a casa e/ou fuga	☐
Comportamentos entendidos como desviantes (delinquência, abuso de álcool ou drogas, prostituição)	☐
Outros:	

Abuso Sexual	
Lesões externas nos órgãos genitais (eritema, edema, laceração, fissuras, erosão, infecção)	☐
Infecções de transmissão sexual	☐
Corrimento vaginal persistente ou recorrente	☐
Presença de esperma no corpo da criança/jovem	☐
Presença de sangue atribuível a outra pessoa ou substâncias estranhas, como lubrificantes, no corpo ou roupa da criança/jovem	☐
Laceração do hímen	☐
Hemorragia vaginal ou anal	☐
Lassidão anormal do esfíncter anal ou do hímen, fissuras anais	☐
Prurido, dor ou edema na região vaginal ou anal	☐
Lesões no pénis ou região escrotal	☐
Equimoses e/ou petéquias na mucosa oral e/ou laceração dos lábios ou do freio da língua	☐
Gravidez	☐
Condutas erotizadas	☐
Prostituição infantil	☐
Outros:	

Anexo V: Certificado de participação nas 2.as Jornadas Emoções em
Saúde – Emoções, Afeto e Promoção da Saúde

2.^{as} JORNADAS “EMOÇÕES EM SAÚDE” da ui&de/ESEL
Emoções, Afeto e Promoção da Saúde



PROGRAMA

D1 – 4 MARÇO 2020

08:30 – ABERTURA DO SECRETARIADO

09:00 – SESSÃO DE BOAS-VINDAS

Professora Doutora Paula Diogo
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Coordenadora da área de Investigação “Emoções em Saúde” da ui&de

Professora Odete Lemos e Sousa
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Investigadora da área de Investigação “Emoções em Saúde” da ui&de

09:30 – SESSÃO DE ABERTURA

Professor João Santos
Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

Professora Doutora Maria Antónia Rebelo Botelho
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Coordenadora da ui&de

Enfermeiro Sérgio Branco
Ordem dos Enfermeiros
Presidente da Secção Regional Sul

Professora Madalena Oliveira
Escola Superior de Enfermagem de Lisboa
Comissão Organizadora 2.^{as} Jornadas “Emoções em Saúde”
Investigadora da área de Investigação “Emoções em Saúde” da ui&de

10:00 – INTERVALO



2.^{as} JORNADAS “EMOÇÕES EM SAÚDE” da ui&de/ESEL

Emoções, Afeto e Promoção da Saúde



10:15 – WORKSHOPS

- WS-1: Gestão das emoções dos estudantes de enfermagem em Ensino Clínico**
Madalena Oliveira, MSc & Joana Rodrigues, PhD *stud*
- WS-2: Team Building: Gestão das emoções nas equipas de enfermagem**
Isabel Lucas, PhD & Dario Antunes, MSc
- WS-3: Gestão das emoções na prática de enfermagem**
Odete Lemos e Sousa, MSc & Luísa Rodrigues, MSc
- WS-4: Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica: da conceção à prática**
Paula Diogo, PhD & Ana Inês Costa, PhD *stud*
- WS-5: Educação Emocional: um recurso para a promoção da Saúde**
Sandra Xavier, PhD & Tânia Almeida, PhD *stud*
- WS-6: Emoções e Comunicação: expressão corporal na relação terapêutica**
Patrícia Baltar, MSc & Luís Francisco, MSc
- WS-7: Emoções e Cultura**
Edmundo Sousa, PhD & Cristina Jeremias, PhD *stud*

13:00 – ALMOÇO LIVRE

14:30 – CONFERÊNCIA I: *O amor na relação terapêutica*

Preletor: Patrícia Pereira, PhD
Vice-Presidente da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa



15:30 – PAINEL I: Educar com afeto, crescer emocionalmente competente...

Preletores:

Luísa Barros, PhD	Psicologia Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia
Augusto Carreira, M.D.	Pedopsiquiatria CHULC, Hospital Dona Estefânia
Fátima Neves, MSc	Enfermagem ACES ON, Coord. Programa Cidade dos Afetos
Susana Alves, MSc	Enfermagem ACES ON, Programa Cidade dos Afetos

Moderação: Maria João Fernandes, PhD

Instituto Politécnico da Lusofonia | Escola Superior de Saúde Ribeiro Sanches
Investigadora da área de Investigação “Emoções em Saúde” da ui&de

17:00 – ENCERRAMENTO DO 1º DIA

2.^{as} JORNADAS “EMOÇÕES EM SAÚDE” da ui&de/ESEL

Emoções, Afeto e Promoção da Saúde



PROGRAMA

D2 – 5 MARÇO 2020

09:00 – ABERTURA DO SECRETARIADO

09:15 – APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS I

Preleções: **Gestão Recíproca das Emoções e da Informação na Criança e Família:**
Proposta de um Algoritmo de Atuação em Enfermagem

Liliana Martinho, RN, MSc | CHO – Unidade de Torres Vedras: Serviço de Pediatria

Os nossos dias na Neonatologia:

Estratégia de promoção da esperança, expressão de emoções e vinculação precoce

Susana Lima, RN, MSc | Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE: UCINP

Telma Duarte, RN, MSc | Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE: UCINP

Humanidade no Cuidar em Enfermagem de Reabilitação

M^{re} João Batista, RN, MSc *stud* | CHLO – Hospital São Francisco Xavier: UCIC

M^{re} Augusta Caetano, CRRN | ACES Lisboa Ocidental e Oeiras: UCC Cuidar+

Clarisse Melo, CRRN | ACES Lisboa Ocidental e Oeiras: UCC Cuidar+

Paula Figueiredo, CRRN | CHLC – Hospital São José: UCIP – NCT

Vanda Lopes da Costa, PhD | ESEL: Departamento de Enfermagem de Reabilitação

Moderação: Hugo Martins, MSc
Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE
Investigador da área de Investigação “Emoções em Saúde” da ui&de

Página 4 de 7



2.^{as} JORNADAS “EMOÇÕES EM SAÚDE” da ui&de/ESEL

Emoções, Afeto e Promoção da Saúde



10:00 – PAINEL II: *Investigar os fenómenos emocionais em enfermagem*

Preletores: Maria da Luz Rosa, PhD *stud* | Universidade de Lisboa / ESEL
Tânia Almeida, PhD *stud* | Universidade de Lisboa / ESEL
Susana Valido, PhD *stud* | Universidade de Lisboa / ESEL
Bruna Freitas, PhD *stud* | Universidade Federal de Mato Grosso, Brasil

Moderação: Isabel Lucas, PhD
Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa
Investigadora da área de Investigação “Emoções em Saúde” da ui&de

11:15 – INTERVALO

11:45 – CONFERÊNCIA II: *O trabalho emocional em enfermagem / The Emotional labour of nursing*

Preletor: Pam Smith, PhD
University of Edinburgh | School of Health in Social Science

13:00 – ALMOÇO LIVRE



14:15 – APRESENTAÇÃO DE E-POSTERS II

Preleções: Gritos Mudos:

O contraste com o cuidado do Enfermeiro Obstetra

Diana Ferreira, RN, MSc stud

| Hospital Prof. Doutor Fernando Fonseca, EPE: UCINP

Isabel Serra, MSc

| ESEL: Departamento de Enfermagem de Saúde Materna

Aplicabilidade do Modelo de Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica no contexto de Consulta Externa de Pediatria

Ana Rita Figueiredo, RN, MSc stud

| CHULN – Hospital de Santa Maria

Biodanza e Emoções:

Vivenciando a Linguagem do Corpo

Márcia Santos, PhD stud

| Campintegra, IPSS

Moderação: Joana Rodrigues, PhD stud

ACES Lisboa Central

Investigadora da área de Investigação “Emoções em Saúde” da ui&de

15:00 – CONFERÊNCIA III: *Promover a saúde emocional*

Preletor: Carlos Hué Garcia, PhD

Universidad de Zaragoza | Instituto de Ciencias de la Educación

apoio

FCT

Fundação para a Ciência e a Tecnologia

unidade de investigação

Unidade de Investigação

unidade de investigação

ESEL

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

unidade de investigação

unidade de investigação

2.^{as} JORNADAS “EMOÇÕES EM SAÚDE” da ui&de/ESEL

Emoções, Afeto e Promoção da Saúde



16:45 – ENTREGA DO PRÉMIO PARA MELHOR E-POSTER

Hugo Martins & Joana Rodrigues
Investigadores da área de Investigação “Emoções em Saúde” da ui&de

17:00 – SESSÃO DE ENCERRAMENTO

COMISSÃO CIENTÍFICA:

- Paula Diogo @
- Hugo Martins
- Sandra Xavier
- Maria João Fernandes
- Isabel Lucas
- Edmundo Sousa
- Madalena Oliveira
- Odete Lemos e Sousa
- Joana Rodrigues
- Maria da Luz Rosa

COMISSÃO ORGANIZADORA:

- Hugo Martins @
- Paula Diogo
- Madalena Oliveira
- Joana Rodrigues
- Diana Pereira
- Isabel Lucas
- Tânia Almeida
- Luíza Rodrigues
- Patrícia Baltar
- Luís Francisco
- Ana Inês Costa
- Dario Antunes

JÚRI DE AVALIAÇÃO DE POSTERS:

- Paula Diogo
- Sandra Xavier
- Edmundo Sousa
- Joana Rodrigues

EM CASO DE DÚVIDAS:

- Email: jornadasemocoeseinsaude@esel.pt | Tlf.: 218 912 285

2^{as}

JORNADAS “EMOÇÕES EM SAÚDE”

ui&de/ESEL

LISBOA | 4-5 MARÇO 2020

Emoções, Afeto e Promoção da Saúde...



Certifica-se que

Diana Gomes Pereira

participou nas 2.^{as} Jornadas ‘Emoções em Saúde’ da ui&de/ESEL, subordinado ao tema “Emoções, Afeto e Promoção da Saúde”.

O evento, acreditado e creditado pela Ordem dos Enfermeiros, teve lugar na ESEL - Polo Artur Ravara, nos dias 04 e 05 de março de 2020, com uma duração total de 16h30 horas, correspondentes a **0,7 Créditos de Desenvolvimento Profissional (CDP)**.

Professora Doutora Paula Diogo
Coordenadora da Área de Investigação “Emoções em Saúde”

APOIO

FCT

Fundação
para a Ciência
e a Tecnologia



Parque
Enfermagem



ORGANIZAÇÃO

ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa



PARCÍPIO

L
LESNODIDACTA
Lisboa e Saúde