



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

**Cuidar do adolescente com doença oncológica:
Intervenções do enfermeiro na promoção de uma
sexualidade saudável**

Miguel Pereira Gonçalves Negreiro

—

**Lisboa
2021**



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

**Cuidar do adolescente com doença oncológica:
Intervenções do enfermeiro na promoção de uma
sexualidade saudável**

Miguel Pereira Gonçalves Negreiro

Orientadora: Sónia Patrícia Lino Borges Rodrigues

**Lisboa
2021**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

“ – Por mais longa que seja a caminhada, o importante é dar o primeiro passo.”

Vinícius de Moraes

AGRADECIMENTOS

Ao meu pai, mãe e avó, os grandes pilares da minha vida, por toda a força e apoio incondicional, pelo vosso amor, mimos e abraços. Obrigado pelo orgulho demonstrado, incentivando-me a melhorar mais e mais a cada obstáculo.

A ti Rui, obrigado por continuares a ser o meu porto de abrigo, pelo apoio sem fim, acreditando em mim desde o primeiro momento e nunca desistindo das minhas capacidades. Obrigado pela paciência, motivação, carinho e por compreenderes sempre as ausências necessárias neste percurso, com vista a alcançar um sonho há já muito perspectivado. Um obrigado dedicado a ti não parece ser o suficiente!

À Professora Sónia Rodrigues pela confiança e por nunca deixar de puxar pelo melhor de mim, apesar de todos os contratemplos. Muito obrigado por me defender e apoiar face a todas as situações, pelos sábios conselhos e orientação face a esta temática sensível, sem nunca duvidar que este dia iria chegar.

Aos professores e colegas do 11º. Curso de Mestrado por todas as partilhas e descobertas, rindo e desabafando, neste percurso conjunto.

À Raquel e à Filipa pela paciência infinita, partilha, ajuda, incentivo, inúmeras correções de trabalhos e pelas gargalhadas, desabafos e apoio infindável, celebrando cada conquista por mais pequena que fosse e sem me permitirem desanimar. Também à Joana e à Ana, por me ajudarem em todos os momentos.

Vocês são os amigos/família que escolhi!

Aos colegas do IPO pelas trocas, ajuda e disponibilidade, em especial aos Especialistas em Pediatria, sempre prontos a ajudar e apoiar neste percurso.

À Sra. Enfª Susana Araújo, Sra. Enfª Margarida Ramos, Sra. Enfª Ana Macedo, Sra. Enfª Sara Fonseca e Sra. Enfª Maria Rufino por me terem acolhido tão bem, pela orientação, partilha de saberes e experiências que tanto me enriqueceram. A todas as crianças, adolescentes e famílias com quem me cruzei e que cuidei, pelo carinho e alegria, são uma fonte de inspiração.

A todos, o meu sincero OBRIGADO!

LISTA DE ABREVIATURAS E/OU SIGLAS

ACES – Agrupamento de Centros de Saúde

ANIP – Associação Nacional de Intervenção Precoce

APAV – Associação Portuguesa de Apoio à Vítima

CCF – Cuidados Centrados na Família

DGS – Direção-Geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

ELI – Equipa Local de Intervenção

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

FROC – Fundação Rui Osório de Castro

HIV – *Human Immunodeficiency Virus*

INR – Instituto Nacional para a Reabilitação

IST – Infecção Sexualmente Transmissível

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PBE - Prática Baseada na Evidência

RN – Recém-Nascido

RORN – Registo Oncológico Regional do Norte

TEEP – Trabalho Emocional em Enfermagem Pediátrica

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

RESUMO

A doença oncológica, embora pouco frequente em idade pediátrica, é a principal causa de morte não acidental infantojuvenil e tem um impacto determinante no desenvolvimento psicossocial nos adolescentes. Os adolescentes, em consequência dos tratamentos implementados, enfrentam desafios nos domínios psicológicos e físicos da sexualidade (e.g., imagem corporal, autoestima, intimidade, relação sexual).

Por conseguinte, é prioritária a implementação de intervenções que empoderem o adolescente com doença oncológica na resposta às alterações sofridas na sexualidade, na expressão saudável da sua sexualidade e na prevenção de infeções sexualmente transmissíveis. Esta é uma responsabilidade dos enfermeiros e um aspeto essencial do cuidado ao adolescente, sendo que estudos evidenciam que este é ainda um assunto tabu e de difícil abordagem face à situação clínica.

O presente trabalho tem como objetivos demonstrar o desenvolvimento de competências comuns e específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica e Mestre em Enfermagem nos processos de saúde-doença da criança, jovem e família em diferentes etapas de desenvolvimento e desenvolver competências especializadas no âmbito da promoção de uma sexualidade saudável no adolescente. A partir de uma metodologia assente no pensamento crítico na e sobre a prática, este relatório é sustentado na filosofia de cuidados centrados na família e parceria de cuidados, filosofia de cuidados não-traumáticos, na teoria das transições e modelo de promoção de saúde.

A análise crítica e reflexiva evidenciada neste relatório espelha as atividades realizadas nos contextos de estágio, o desenvolvimento de competências e o contributo dos saberes para a problemática em estudo e para o avanço da Enfermagem.

PALAVRAS-CHAVE: Adolescente; Enfermagem; Oncologia; Promoção da Saúde; Sexualidade

ABSTRACT

Cancer disease, despite being less common in children, is the main cause of non-accidental death in paediatric age and has a strong impact on the psychosexual development in adolescents. These adolescents face many challenges in the psychological and physical domains of sexuality due to the treatments they undergo (e.g., body image, self-esteem, intimacy, and sexual intercourse).

Therefore, the implementation of empowerment interventions for these adolescents with cancer facing changes in their sexuality, sexual expression, and preventing sexually transmitted diseases is of extreme importance. This is a nursing responsibility and an essential part of adolescent care. Nevertheless, various studies suggest that it is still a taboo and a difficult subject to talk about due to adolescents' clinical status.

The purpose of this paper is to develop common and specific skills of the Specialist Nurse, Specialist Nurse in Child and Paediatric Health Nursing and Masters in Nursing facing the health/illness process of every child and their family throughout the different development stages and also developing specialized skills in the adolescents' health promotion, through a reflexive methodology, this report is supported by the philosophies of family-centered care, the partnership care, the non-traumatic care, the transitions theory and health promotion model.

The critical and reflexive analysis presented in this report, reflects the activities carried out on the different internship contexts, the skills development and the contribution of the acquired knowledge for the problem under study and the nursing development.

KEYWORDS: Adolescent; Nursing; Oncology; Health Promotion; Sexuality

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	11
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO	17
1.1. O impacto da doença oncológica na sexualidade do adolescente	17
1.2. O papel do Enfermeiro na promoção de uma sexualidade saudável ao adolescente com cancro	23
1.3. Referencial teórico de enfermagem	27
1.3.1. Cuidados centrados na família	27
1.3.2. Filosofia de cuidados não traumáticos	28
1.3.3. Teoria de transições de Afaf Meleis	29
1.3.4. Modelo de promoção de saúde de Nola Pender	30
2. PERCURSO FORMATIVO	32
2.1. Unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP)	37
2.2. Neonatologia	41
2.3. Serviço de urgência pediátrica (SUP)	46
2.4. Centro de desenvolvimento da criança	52
2.5. Internamento de pediatria	60
2.6. Outros momentos	64
3. CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	71

ÍNDICE DE APÊNDICES

Apêndice I – Cronograma de Estágio

Apêndice II – Mapa de Conceitos

Apêndice III - Protocolo de Scoping Review “Intervenções de enfermagem na sexualidade do adolescente com doença oncológica: Um protocolo de scoping review”

Apêndice IV - Guia Orientador de Atividades de Estágio

Apêndice V - Plano de Sessão da Formação “A abordagem ao adolescente: O papel do enfermeiro em cuidados de saúde primários na promoção de uma sexualidade saudável”

Apêndice VI - Sessão da Formação “A abordagem ao adolescente: O papel do enfermeiro em cuidados de saúde primários na promoção de uma sexualidade saudável”

Apêndice VII - Questionário de avaliação da Formação “A abordagem ao adolescente: O papel do enfermeiro em cuidados de saúde primários na promoção de uma sexualidade saudável”

Apêndice VIII - Folheto Informativo “Promoção de uma Sexualidade Saudável nos Adolescentes”

Apêndice IX - Jornal de Aprendizagem – UCSP

Apêndice X - Jornal de Aprendizagem - Neonatologia

Apêndice XI - Plano de Sessão da Formação “Maus tratos infantis: Intervenções do enfermeiro na identificação e atuação precoce no abuso sexual na criança e jovem”

Apêndice XII - Sessão da Formação “Maus tratos infantis: Intervenções do enfermeiro na identificação e atuação precoce no abuso sexual na criança e jovem”

Apêndice XIII - Questionário de Avaliação da Sessão da Formação “Maus tratos infantis: Intervenções do enfermeiro na identificação e atuação precoce no abuso sexual na criança e jovem”

Apêndice XIV - Jornal de Aprendizagem - SUP

Apêndice XV - Jornal de Aprendizagem – Centro de desenvolvimento da criança

Apêndice XVI - Questionário de Avaliação de Necessidades Formativas no âmbito da abordagem ao adolescente com doença oncológica e promoção de uma sexualidade saudável

Apêndice XVII - Sessão da Formação “Cuidar do adolescente com doença oncológica: Intervenções do enfermeiro na promoção de uma sexualidade saudável”

Apêndice XVIII - Plano da Sessão da Formação “Cuidar do adolescente com doença oncológica: Intervenções do enfermeiro na promoção de uma sexualidade saudável”

Apêndice XIX - Questionário de Avaliação da Sessão da Formação “Cuidar do adolescente com doença oncológica: Intervenções do enfermeiro na promoção de uma sexualidade saudável”

Apêndice XX - Caderno Sclínico

Apêndice XXI - Jornal de Aprendizagem – Internamento de pediatria

ÍNDICE DE ANEXOS

Anexo I - Livro Azul

Anexo II - Certificado da Formação “Journal Club – Sequencia rápida do exoma em contexto de cuidados intensivos”

Anexo III - Certificado da Formação “Grupo PEA – Projetos de investigação e educativos”

Anexo IV - Certificado do Webinar “(In)visibilidades da Saúde Sexual dos Homens em Portugal”

Anexo V - Certificado do 1º. Congresso Internacional de Enfermagem da Criança e do Adolescente “Acesso à Saúde de Qualidade e Promoção de Bem-estar”

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio foi realizado no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório do programa do 11º Curso de Mestrado e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL). Este pretende demonstrar o desenvolvimento de competências científicas, técnicas, comunicacionais e relacionais de Enfermeiro Especialista (EE) e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (EEESIP) para a conceção, gestão, prestação e supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e família, através do desenvolvimento de processos na prestação de cuidados e de um projeto acerca de uma problemática da prática de cuidados de enfermagem (ESEL, 2021b).

A metodologia adotada ao longo deste percurso formativo passa pela concretização de estágios, adotando princípios pedagógicos de formação de adultos, desenvolvendo um projeto que assenta nas necessidades, interesses e objetivos de aprendizagem do aluno, e elaborando um documento que reflita o desenvolvimento e aquisição de competências definidas pela Ordem dos Enfermeiros (ESEL, 2021a). Assim, destaco a necessidade de ao longo deste percurso desenvolver, de forma progressiva, uma compreensão da dimensão do exercício profissional do EE nas variadas vertentes em que atua, sendo essencial uma análise do perfil de competências comuns, específicas do EEESIP, a análise dos documentos orientadores e normativos da profissão, a observação participativa dos cuidados de enfermagem prestados por peritos e especialistas, a colaboração direta na prestação de cuidados, a reflexão acerca das práticas realizadas e a mobilização da evidência.

O EEESIP deverá demonstrar uma prestação de cuidados de enfermagem que encara o binómio criança/família como beneficiário dos cuidados prestados e trabalhando em parceria, no sentido de promover o mais elevado estado de saúde possível, assistindo a criança/jovem com a sua família, na maximização da sua saúde, cuidando da criança/jovem e família em situações de especial complexidade e prestando cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e desenvolvimento da criança/jovem (Regulamento n.º 422/2018, 2018). Com vista a este objetivo, pretende-se que este relatório seja um documento que espelhe o percurso e o desenvolvimento profissional em contexto de estágio, as aprendizagens

realizadas de forma analítica e refletida de modo a alcançar novas compreensões e perspectivas clínicas.

Neste percurso para EESIP e Mestre em Enfermagem procurei ainda conjugar o desenvolvimento das competências resultantes do autodiagnóstico de necessidades de formação a uma área de especial interesse pessoal e de desenvolvimento profissional, surgindo assim a problemática da promoção de uma sexualidade saudável ao adolescente com doença oncológica.

A doença crónica ou incapacidade, em especial a doença oncológica, está associada a vários efeitos negativos no adolescente. São disso exemplos: a perceção do adolescente se considerar diferente dos seus pares; a crença de que possui uma menor capacidade de competição na aparência, capacidades e habilidades; a maior dependência da família; limitações de oportunidades nas amizades, entre outras (Hockenberry & Wilson, 2014). A sexualidade e a sua expressão sofrem várias alterações no decorrer do diagnóstico, tratamento e reabilitação da doença oncológica, tais como alterações dos ciclos menstruais, dificuldades de ereção, diminuição de lubrificação vaginal, aumento de dor, alopecia, entre outros, com impacto severo na autoimagem, autoestima e vulnerabilidade do adolescente (Veneroni et al., 2020). Torna-se assim prioritária a implementação de intervenções que empoderem o adolescente com doença oncológica na resposta às alterações sofridas na sexualidade e na expressão saudável da sua sexualidade. Esta é uma responsabilidade dos enfermeiros e um aspeto essencial do cuidado ao adolescente, na medida em que a sexualidade é iniciada maioritariamente nesta faixa etária que abrange por sua vez várias transformações e acarreta um aumento de comportamentos de risco (OMS, 2013; Kerntopf et al., 2016).

Assim, surgiu o tema do projeto de estágio intitulado: “Cuidar do adolescente com doença oncológica: Intervenções do enfermeiro na promoção de uma sexualidade saudável”, com vista a conhecer em profundidade a literatura existente acerca das alterações da expressão da sexualidade do adolescente com doença oncológica e as respetivas intervenções de promoção de saúde neste domínio, de modo a desenvolver competências cognitivas, técnicas e relacionais nesta área de atuação para prestar cuidados de enfermagem adequados e especializados.

Esta problemática surge da prática reflexiva que realizo no meu dia-a-dia enquanto enfermeiro a exercer funções na área da pediatria. Este exercício recorrente e o facto de já ter tido a oportunidade de experienciar diferentes realidades de outros

serviços pediátricos fora do país, permitiu-me identificar esta problemática em comum a todos eles: a ausência de cuidados com enfoque na sexualidade do adolescente.

Exerço funções em contexto de internamento de pediatria oncológica, cuidando de crianças e jovens nos seus vários estádios de desenvolvimento e crescimento assim como das respetivas famílias após o diagnóstico de doença oncológica, numa transição de um processo de saúde-doença e sob transições associadas ao desenvolvimento.

As decisões e as implicações do desenvolvimento sexual no período da adolescência, em especial em contexto de doença oncológica, têm implicações importantes na saúde, na educação e nas suas relações futuras, enfatizando assim o papel preponderante dos profissionais de saúde não só na educação e intervenção face à expressão da sexualidade saudável do adolescente, mas também na educação para a saúde dirigida aos pais destes adolescentes enquanto modeladores de comportamentos saudáveis, mesmo quando em situação frágil de doença (American Academy of Pediatrics, 2017).

Durante a minha prática profissional denotei a falta de apoio ao adolescente, tanto em regime de internamento como em ambulatório, assim como para com o adolescente sobrevivente (até 5 anos após final de tratamento; Reisman & Gianotten, 2017), no âmbito da sexualidade e na promoção de uma sexualidade saudável. Este assunto surge como algo tabu e evitado pelos enfermeiros, não sendo muitas vezes abordado ou verbalizado pelo adolescente nem pela respetiva família.

A abordagem de uma sexualidade saudável é uma componente importante para uma vida saudável e feliz, sendo estes profissionais, pessoas de relevo para providenciar oportunidades de educação aos adolescentes e às suas famílias acerca da sexualidade, discutindo maturação sexual, atração sexual, valores culturais e familiares, o uso da comunicação, guias e monitorização de padrões familiares, objetivos pessoais e tomadas de decisão sexuais informadas e seguras (American Academy of Pediatrics, 2017).

Os cuidados promotores de uma sexualidade saudável com base na confidencialidade, sensibilidade cultural e livres de julgamento são importantes para todos estes jovens, sendo essencial cuidados e conselhos antecipatórios e personalizados, especialmente se existir alguma condição de saúde associada (American Academy of Pediatrics, 2017).

O foco de ação do EEESIP passa por esta intervenção, através da promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, orientações antecipatórias às famílias, a gestão do bem-estar da criança e jovem, a detecção precoce e encaminhamento de situações que afetem negativamente a vida ou qualidade de vida dos mesmos (comportamentos de risco, suicídio, violência, gravidez indesejada, entre outros), a promoção da autoestima do adolescente e a progressiva responsabilização pelas suas escolhas de saúde, tornando esta abordagem essencial aos cuidados de excelência (Regulamento n.º 351/2015, 2015).

No que toca a adolescentes LGBTQ, é importante ressaltar a criação da sua identidade sexual, tornando os profissionais sensíveis a todo o espectro de comportamentos sexuais e identidades de género. O suporte familiar e profissional destes adolescentes está interligado a resultados positivos na promoção de uma sexualidade saudável e é essencial avaliar ainda valores e moldes de aceitação familiar neste domínio, de modo a aconselhar de melhor forma, pelo uso de diálogo sem julgamento ou procurando ajuda especializada (American Academy of Pediatrics, 2017).

Face à evidência reunida até então e considerando a pertinência de atuação na promoção de uma sexualidade saudável aos adolescentes com doença oncológica verifiquei ainda que, mesmo existindo equipas de oncosexologia nos vários ambientes hospitalares, estas não procuram nem têm em consideração os cuidados ao adolescente nos serviços de Pediatria, focando apenas jovens adultos noutros serviços. Assim, surge a questão da necessidade de intervenção de enfermagem neste domínio de modo a promover uma sexualidade saudável pelo empoderamento do jovem e da respetiva família face à sua situação e promovendo a melhoria de cuidados por mim prestados, tornando-me um profissional mais completo e em contínua procura de conhecimento.

Não existindo muita formação profissional acerca da temática em estudo e sendo esta uma problemática relevante atualmente nestes adolescentes, torna-se essencial que o EEESIP esteja desperto, consciente e sensibilizado para a temática, sendo também capaz de sensibilizar os seus pares na importância das suas intervenções autónomas e interdependentes de enfermagem, promovendo comportamentos de empoderamento na promoção de uma sexualidade saudável destes adolescentes em parceria com as suas famílias.

Assim, na abordagem desta temática e percurso formativo foram delineados como objetivos gerais: desenvolver competências especializadas no exercício profissional de enfermagem à criança, jovem e família nos seus processos de saúde-doença em diferentes etapas do desenvolvimento; desenvolver competências do exercício profissional do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria no âmbito da promoção de uma sexualidade saudável no adolescente.

Assumindo que a prestação de cuidados deverá ser pautada por referenciais teóricos e considerando os objetivos delineados considerou-se pertinente mobilizar os referenciais teóricos pilares da enfermagem pediátrica: Filosofia de Cuidados Centrados na Família (que inclui a parceria de cuidados) e ainda a Filosofia de Cuidados Não-Traumáticos. Como eixo condutor subjacente ao percurso em questão, mobilizou-se ainda a Teoria das Transições de Afaf Meleis e o Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, modelos que assentam a prática clínica no foco das estratégias de adaptação e transição para a promoção do bem-estar do indivíduo e do seu empoderamento com vista à mudança comportamental e promoção de ganhos de saúde para uma maior qualidade de vida (Meleis, 2010; Tomey & Alligood, 2004).

Considerando também a importância da prática baseada na evidência (PBE) procurou-se alicerçar o processo de tomada de decisão com base em evidência científica recente e atualizada e procedeu-se à realização de um protocolo de revisão *scoping* com o tema de “Intervenções de enfermagem na sexualidade do adolescente com doença oncológica: Um protocolo de *scoping review*”.

O estágio decorreu ao longo de 450 horas clínicas de prestação de cuidados em locais de excelência que contribuíram para o desenvolvimento do percurso formativo e proporcionaram a realização das atividades e objetivos propostos, nomeadamente a Unidade de Cuidados de Saúde Primários (UCSP), Serviço de Neonatologia (Unidade de Cuidados Intensivos e Intermédios), Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), Centro de Desenvolvimento Infantil (Consulta de Desenvolvimento) e o Internamento de Pediatria, com base num Cronograma elaborado para o efeito (ver Apêndice I).

No que toca à estrutura e sequência de apresentação deste relatório, o mesmo é constituído por seis capítulos. No primeiro capítulo é apresentado o enquadramento teórico da problemática em estudo com base na evidência mais recente, explicita-se ainda os referenciais teóricos de enfermagem mobilizados, uma justificação e contextualização da problemática em estudo. Segue-se, no capítulo dois a análise do

percurso formativo realizado nos vários contextos de estágio e outros momentos formativos, definindo aqui objetivos específicos e descrevendo, analisando e refletindo acerca das atividades e competências desenvolvidas. Por fim, são apresentadas as considerações finais, no terceiro capítulo, que irão espelhar os contributos deste percurso realizado para o desenvolvimento formativo e prática de enfermagem, destacando ainda os projetos futuros iniciados ou planeados com foco na problemática estudada.

Considerando tratar-se de um documento público, serão tidas em consideração as questões éticas relacionadas com a proteção de dados, confidencialidade e anonimato.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

Com este capítulo pretende-se apresentar uma revisão da literatura e evidência mais recente relativa à problemática em estudo, justificando e contextualizando a escolha e abordagem da temática. Assim, será apresentada uma revisão acerca do impacto da doença oncológica na sexualidade do adolescente, seguindo-se uma clarificação do papel do enfermeiro na promoção de uma sexualidade saudável no adolescente com cancro e apresentando posteriormente os referenciais teórico de enfermagem mobilizados na realização do percurso formativo e realização deste documento.

Foi ainda realizado um mapa conceptual como ferramenta de apoio à realização do enquadramento que se segue (ver Apêndice II).

1.1. O impacto da doença oncológica na sexualidade do adolescente

Cerca de 400 novas crianças e jovens são diagnosticados por ano com cancro, considerando-se a primeira causa de morte não acidental na população infantojuvenil (FROC, 2021). Contudo regista-se uma taxa de 90% de sobrevivência nestas crianças e adolescentes (FROC, 2021). Os tipos de cancro com mais incidência nas crianças e jovens são as Leucemias, os Linfomas e Tumores do Sistema Nervoso Central (RORN, 2017).

Com o aumento da prevalência do cancro e das taxas de sobrevivência – tornando o cancro uma doença crónica – o adolescente sofre complicações a curto, médio e longo prazo, em especial no que toca à expressão da sua sexualidade. Esta é uma componente essencial para o bem-estar e qualidade de vida do adolescente, e é parte do cuidado holístico prestado pelos profissionais de saúde e do contínuo cuidado oncológico personalizado (Reisman & Gianotten, 2017).

A adolescência (o período que compreende a faixa etária dos 10 aos 19 anos), é uma etapa de desenvolvimento da criança em transição para a vida adulta, na qual existe um desenvolvimento da identidade pessoal e sexual, independência da família e aprendizagem do pensamento abstrato (OMS, 2016). Contudo, em casos de doença crónica, incapacidade e deficiência, este estágio poderá ir até aos 21 anos, e/ou até

que a transição apropriada para a vida adulta seja conseguida com sucesso (Hockenberry & Wilson, 2014).

Também a sexualidade é inerente ao ser humano e engloba o que o indivíduo pensa, sente e age, as suas necessidades e desejos, a sua identidade sexual, desenvolvimento e função, incorporando a sua dimensão biológica, psicológica, social, espiritual e relacional. O comportamento sexual é o produto de forças biológicas e psicológicas que moldam a forma como o indivíduo age e constrói a sua autoimagem e imagem corporal (Greco, 2002). A sexualidade promove ainda as relações amorosas, fortalecendo-as, fomenta a intimidade enquanto casal, providencia prazer físico, afeta a autoestima, reduz a ansiedade e tensões sentidas e revela as percepções pessoais do feminino e masculino (Greco, 2002).

As questões relacionadas com a sexualidade assim como as respetivas alterações psicológicas e corporais surgem na puberdade e são consideradas um ponto fulcral digno de atenção por parte de familiares e profissionais de saúde de referência, de modo a capacitarem os adolescentes a atingirem a sua autonomia na tomada de decisões responsável, no início da sua prática sexual (Kerntopf et al., 2016).

A puberdade, como período crucial do desenvolvimento da adolescência, sinaliza o início de importantes mudanças morfológicas que duram até à aquisição de maioridade civil e maturação biológica, surgindo desta forma a necessidade da definição de corpo, imagem corporal e autoimagem (Nogueira, Alves & Lobo, 2007). São ainda consideradas, na construção da identidade sexual do adolescente, as alterações hormonais, mudanças físicas, de pensamento e de sentimentos individuais, enquanto se adaptam à construção do novo papel de identidade adulta (Nogueira, Alves & Lobo, 2007).

Os adolescentes valorizam muito o próprio corpo e a respetiva imagem corporal, havendo recorrentemente o desejo de alterar algumas características físicas, com maior frequência nas raparigas dos 13 aos 15 anos, o que provoca muitas vezes sentimentos de angústia (Nogueira, Alves & Lobo, 2007). Neste processo de crescimento e desenvolvimento do adolescente é essencial o confronto e adaptação do adolescente à forma e tamanho do seu corpo em transformação, ao despertar da sua sexualidade e às novas formas de pensamento durante este complexo processo de maturação emocional e desenvolvimento de independência caracterizada pela idade adulta (Nogueira, Alves & Lobo, 2007). Existe, no entanto, um esforço acrescido

pelos adolescentes neste processo, derivado pela confusão e sofrimento, na medida em que a construção da imagem corporal envolve a interação de conhecimentos de representações na mente humana, organização espacial do corpo humano e pela realidade existencial do indivíduo envolvendo a sua percepção, memória, sentimentos e aspectos simbólicos da interação com o ambiente (Nogueira, Alves & Lobo, 2007). A distorção da sua imagem corporal impede uma percepção real de si mesmo, na medida em que pretende atingir uma imagem corporal perfeita e inalcançável, o que produz graves distorções perceptivas e permanente insatisfação que por vezes determina certos comportamentos de risco (Nogueira, Alves & Lobo, 2007).

Como comportamento de risco inerente à prática sexual, advém o risco de contrair IST provocadas por bactérias, vírus ou parasitas, como por exemplo o HIV, *Chlamydia*, Papilomavirus humano, entre muitos outros que possuem manifestações clínicas associadas e uma elevada morbidade, tais como sequelas de infeções do aparelho reprodutivo, neoplasias, sífilis, infertilidade, entre outras, e tomam assim um papel importante no que toca à promoção de uma Saúde Pública favorável (OMS, 2013).

Os direitos à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes são parte integrante dos direitos humanos e envolvem a vivência da sua sexualidade e autonomia, implicando práticas sexuais seguras e o uso de contraceção à sua disposição, devendo ainda incluir o foco na melhoria das relações pessoais e qualidade de vida através da preparação dos adolescentes para a fase adulta (Kerntopf et al., 2016).

Apesar da literatura não evidenciar os tipos de cancro que afetam diretamente a sexualidade dos adolescentes, a evidência aponta para os tipos de cancro na população adulta que mais impacto têm na sua sexualidade, denotando que cerca de 40% de todos os tipos de cancro afetam diretamente a sexualidade dos utentes, seja nas fases de desejo, excitação e/ou orgasmo/ejaculação e as principais complicações associadas ao diagnóstico oncológico e/ou respetivos tratamentos são: Alterações sensoriais (visão, cheiro, som e toque), diminuição da motivação sexual, comunicação insuficiente e fadiga (por associações hormonais e farmacológicas), disfunção erétil, diminuição da lubrificação vaginal, dispareunia (dificuldade e dor anormal nas relações sexuais), dispneia e cansaço fácil, mucosites, impossibilidade de assumir certas posições sexuais, incontinência, disorgasmia (orgasmo doloroso), inabilidade de ejaculação, alterações de sensações de orgasmo, alterações do ciclo menstrual, alterações de fertilidade, alterações corporais que afetam a autoimagem, autoestima

e vulnerabilidade (alopécia, edema, aumento ou perda de peso), isolamento social por hospitalizações e isolamento por diminuição de imunidade (aumento de risco de IST's) (Reisman & Gianotten, 2017; Veneroni et al., 2020).

A doença oncológica é, segundo Hockenberry, Wilson & Rodgers (2018), rara e possui uma incidência que aumenta de ano para ano, constituindo uma das principais causas de morte infantil, implicando efeitos potencialmente negativos no adolescente como um sentimento de se considerar diferente dos seus pares, uma maior dependência por parte da família, oportunidades limitadas de amizades e discussão de preocupações do cariz sexual com os pares, uma maior preocupação com questões da razão da sua doença, da possibilidade de constituir família, entre outros.

Os tratamentos oncológicos afetam as dimensões bio-psico-sociais do doente oncológico e interferem diretamente com a sua sexualidade, a curto, médio e longo prazo, devendo ser consideradas pelos profissionais de saúde, de modo a promover um bem-estar holístico no jovem que necessita de cuidados de saúde (Veneroni et al., 2020).

A radioterapia pélvica, enquanto tratamento primário ou adjuvante, constitui um dos principais potenciadores de alterações sexuais no utente oncológico. Como alterações imediatas foca-se o eritema agudo das mucosas e descamação, que provoca diarreia, hemorragia retal, irritação da bexiga, hematúria e incontinência urinária assim como comichão, ardor e secura vaginal, podendo levar até 3 meses a recuperar. Como alterações tardias destaca-se o excesso de fibrose pélvica que pode causar estenose intestinal e uretral, edema, inflamação, isquémia e necrose nos nervos e vasos sanguíneos retroperitoneais (Incrocci, 2017). As radiações perto da bexiga e da próstata poderão ainda causar hematúria, disfunção ejaculatória e erétil nos homens. Poderá ainda ocorrer infertilidade temporária ou permanente dependendo do tipo de tratamento e idade do utente (Incrocci, 2017).

A quimioterapia sistémica como tratamento à patologia oncológica, acarreta grandes alterações físicas e psicológicas no utente, potenciais de instabilidade da expressão sexual do utente. Associado ao diagnóstico e tratamento advém frequentemente estados de depressão, ansiedade, agitação, raiva e stress no geral. As náuseas, vômitos, diarreia, obstipação, mucosite, alopecia, alterações de peso, paladar e cheiro promovem a perda do desejo sexual pela associação da vida sexual à vida saudável e do diagnóstico oncológico à morte e perda de capacidades sexuais

como o toque, o beijar ou o sexo oral (Limoncin, Mollaioli, Ciocca, Gravina & Jannini, 2017).

Os agentes citotóxicos reduzem ainda a capacidade de lubrificação vaginal e orgásmica, causam dor aquando do ato sexual e podem provocar ainda infertilidade permanente, principalmente em altas doses como nos casos de tumores do sangue e linfa. No homem a quimioterapia não afeta a ereção ou ejaculação, mas o esperma pode levar até mais de 70 dias a ser maduro e pronto para a ejaculação (Limoncin, Mollaioli, Ciocca, Gravina & Jannini, 2017).

Deve também ser aconselhado o parceiro do cliente pela toxicidade da quimioterapia, na medida em que dependendo do fármaco utilizado, pode demorar entre dois a sete dias até desaparecer do sémen, fluido vaginal, saliva ou excrementos (Limoncin, Mollaioli, Ciocca, Gravina & Jannini, 2017).

Dependendo do local de excisão tumoral, a abordagem cirúrgica terapêutica poderá afetar a sexualidade do utente oncológico pela dissecação nervosa, danos nos tecidos envolventes, necessidade de traqueostomia ou estomas, fadiga, restrições de mobilidade e danos psicológicos associados, podendo ser muitas vezes mutiladora (como em casos de cancro da mama, testículos ou cólon) e induz uma transformação corporal em que é necessário algum tempo de adaptação e aceitação ao novo corpo e sentir-se a vontade com o outro (Traa, Rutten & Oudsten, 2017). Aqui o utente oncológico sente, sobretudo, necessidade de outras intervenções de expressão de sexualidade como o uso de gestos ternos, demonstrações de afeto, diálogo e de ser tranquilizado, característicos da relação amorosa (Reisman & Gianotten, 2017).

Também a medicação adicional administrada aos utentes oncológicos remete para o controlo de sintomas depressivos, dor, náuseas e vômitos, provocando também alterações da sexualidade dos utentes. A utilização de antidepressivos vem muitas vezes acompanhada pela diminuição do desejo sexual, dificuldades no orgasmo, atraso na ejaculação e disfunção erétil. Medicações como mirtazapina, fluoxetina, escitalopram, sertralina e outros são exemplos comuns de medicação com um potencial grande de indução de disfunções sexuais. O uso de antieméticos provoca também hipogonadismo, diminuição do desejo e resposta sexual como é o caso da metoclopramida por exemplo; a diminuição do desejo sexual, atraso em atingir o orgasmo e disfunção erétil, como é o caso do lorazepam, que pode ainda provocar aumento da necessidade sexual pela desinibição associada. No caso do ondasetron

não é conhecido qualquer efeito negativo relacionado com a sexualidade (Lew-Starowicz, 2017).

O uso de opióides no controlo álgico crónico pode levar a hipogonadismo sintomático com fadiga, sintomas depressivos e disfunção sexual a 90% dos utentes que o utilizam. Aquando do uso contínuo de opióides e anticonvulsivantes nos homens deve-se considerar suplementos de testosterona se não for contraindicado pelo oncologista, pois dá-se uma diminuição dos níveis da hormona. O uso do tramadol acarreta também alterações do tempo de ejaculação e anorgasmia (ausência ou atraso em atingir o orgasmo). Também o uso de corticoides, como a dexametasona, prednisolona e metilprednisolona, muito comum nos tratamentos oncológicos, provocam aumento de peso, retenção de fluidos, dores gástricas, dificuldade em dormir, aumento de glicose no sangue, alterações menstruais e redução de fertilidade, sendo comum a diminuição da libido em 58% e disfunção erétil em 52% dos utentes que os utilizam. Pelos seus efeitos secundários afetam também a imagem corporal e consequentemente a sexualidade do utente (Lew-Starowicz, 2017).

Estes fatores referidos junto ao isolamento social característico do adolescente para os seus cuidadores e equipa de saúde, tornam esta problemática ainda mais importante e com um impacto fulcral na criação da sua identidade e vida sexual, revelando a extrema necessidade de apoio por parte da equipa multidisciplinar.

Os adolescentes com doença oncológica revelam-se ainda como um grupo de risco acrescido pelos isolamentos recorrentes, pela diminuição de imunidade característica da doença e tratamentos submetidos, sendo um grupo de maior risco a contrair IST.

A doença como fator na deformação do corpo, causa um sofrimento acrescido, sendo que esta é uma realidade completamente oposta e negada pela sociedade que associa um corpo jovem a um corpo belo, forte e energético e que quando doente surge muitas vezes debilitado, escanzelado, volumoso por edemas, com feridas, deformado por tumores, diminuído, nu e incapaz de funcionar por si mesmo, tornando-se um corpo estigmatizado pela doença (Mercadier, 2004).

A sexualidade encontra-se então presente no corpo doente, no entanto não surge como prioridade, especialmente aquando hospitalizado, contudo o indivíduo doente mantém os seus desejos e necessidades ligadas ao erotismo. Há, no entanto, uma interdição institucional ligada ao erotismo e aos respetivos cuidados de saúde, significando que não há permissão na maioria dos casos, para a sua expressão. Isto

não quer dizer que o problema não exista, mas apenas que não é focado, cabendo ao profissional de saúde uma decisão de respeitar a sua interdição ou por contrário permitir a sua expressão (Mercadier, 2004).

Muito frequentemente, durante a realização de tratamentos à patologia oncológica, a sexualidade do indivíduo passa por altos e baixos, desde o momento em que inicia efeitos colaterais dos mesmos. O stress e a fadiga são frequentemente fatores de diminuição da atividade sexual assim como o tratamento ativo e a diminuição da libido associada, que em geral tem um grande impacto na intimidade do casal e passa para segundo plano. Nas raparigas surge muitas vezes o medo de infertilidade, associado aos objetivos e desejos pessoais e familiares, as dúvidas referentes ao método contraceptivo e os receios de recaída/prognóstico de patologia; nos rapazes o receio de perder as faculdades sexuais, de impotência e de infertilidade (Mintier, 2004).

Na literatura, Reisman & Gianotten (2017) reforçam que os tratamentos não provocam impotência, mas diminuem de facto a fertilidade e a libido e ainda que a contraceção é essencial durante o decurso dos tratamentos e até seis meses após o fim dos mesmos, reforçando também a esperança da possibilidade de ter filhos (dependendo do diagnóstico e tratamentos utilizados).

1.2. O papel do Enfermeiro na promoção de uma sexualidade saudável ao adolescente com cancro

A enfermagem é definida por Watson (2012) como uma arte de cuidar e ciência humana, um conceito filosófico, dinâmico e mutável que implica carinho e possui diversos significados. O cuidar está associado a um respeito e admiração pela vida em que é colocada ênfase na ajuda ao indivíduo com o enfermeiro como coparticipante, salientando a relação terapêutica enfermeiro/cliente como um papel importante no cuidar (Diogo, 2006).

O cancro infantil afeta o desenvolvimento de uma identidade sexual e função sexual a longo prazo pelo isolamento social, contacto limitado com os pares (em especial sem supervisão pelo corte de experiências de rebeldia e descoberta sexual), proteção exagerada dos pais, diminuição de oportunidades para expressão sexual, alterações da imagem corporal e função hormonal pelos tratamentos e dificuldades físicas ou emocionais associadas (Kelly & Vougiokalous, 2017). É ainda muito comum

o desenvolvimento de sentimentos de desesperança e ansiedade pela potencial perda de uma normalidade e sonhos para uma vida adulta completa (Kelly & Vougiokalous, 2017).

O impacto do cancro sobre o jovem acarreta um risco inesperado de morte numa faixa etária tão nova e muitas vezes não é compreendido pelos seus pares. Também a perda de cabelo, amputação, perda/ganho de peso e a fadiga são sintomas que levam a uma restrição da sua independência e diminuição de vida social e sexual. A atração e a imagem corporal encontram-se interligadas neste ponto, sendo cruciais para o desenvolvimento da autoestima e autoconsciência do jovem em maturação, na medida em que alterações destes pontos provocam o evitar ou uma diminuição das tentativas de estabelecer relações íntimas (Kelly & Vougiokalous, 2017).

As alterações de fertilidade, apesar de nem sempre ocorrerem, devem ser consideradas e deve ser responsabilidade dos profissionais oferecer conservação de esperma ou óvulos quando possível, sendo este também um assunto sensível de abordar com os adolescentes que se podem sentir embaraçados por se encontrarem numa fase de descoberta de sentimentos e da sua sexualidade.

O impacto nas relações amorosas, além do que foi acima descrito, é mais visível nos sobreviventes de cancro infantil, em especial nos tumores em órgãos genitais pelas incertezas acerca do próprio corpo, dificuldade de expressão de emoções, cicatrizes e possíveis problemas de fertilidade contribuindo para uma disfunção da sexualidade e dificuldade na procura de ajuda.

No tema da intimidade é importante ter em consideração que o lidar com os efeitos imediatos do tratamento como diarreia, vômitos, alterações das mucosas que provocam disfagia, halitose e infeções podem ser uma fonte de embaraço e afetam diretamente a expressão de intimidade (beijar, sorrir ou mesmo falar). A diminuição da privacidade pelas intervenções dos profissionais de saúde ou pela presença dos cuidadores 24 horas por dia afeta ainda a expressão de uma sexualidade saudável, sendo necessário uma negociação de períodos de privacidade (Kelly & Vougiokalous, 2017).

As intervenções dos profissionais passam por abordar a sexualidade pela expressão do adolescente e avaliar as experiências sociais e românticas no contexto do dia-a-dia. Não existe de facto um padrão de intervenção, sendo necessário avaliar a situação do adolescente e os efeitos secundários presentes de modo a prestar um cuidado personalizado no contínuo do cuidar a pessoa (Kelly & Vougiokalous, 2017).

A criação de um espaço para a comunicação de preocupações e dúvidas permite iniciar uma abordagem eficaz, em que através da manifestação de alguma alteração provocada pelos tratamentos oncológicos pelo adolescente, o profissional pode averiguar e discutir as expectativas do adolescente e relacionar esta alteração com o impacto na sua sexualidade e relações românticas e íntimas. O diálogo aberto e a escuta ativa surgem como imprescindíveis de modo a fazer entender ao adolescente que as suas preocupações são de fato escutadas e existe uma ação perante as mesmas (Kelly & Vougiokalous, 2017).

O treino dos profissionais nesta temática permite derrubar várias barreiras de comunicação deste tema tabu, sendo necessário a interligação entre utente, profissionais, família, parceiros e escolas de modo a proporcionar uma rede de suporte face ao impacto dos tratamentos oncológicos. Desta forma, cabe ao Enfermeiro com formação na área ser capaz de informar e treinar profissionais que cuidem de adolescentes com doença oncológica para a temática, dar visibilidade aos recursos de saúde sexual e cuidar de utentes onde esta se encontra alterada (Reisman & Gianotten, 2017).

A Educação Sexual surge aqui como intervenção de enfermagem num processo amplo, informal sistemático ou formal e intencional baseado no contexto do adolescente com vista à promoção de saúde face aos problemas e disfunções identificados. Geralmente é nesta fase de vida que ocorre o início da vida sexual e torna-se crucial a consciencialização e esclarecimento de dúvidas (Kerntopf et al., 2016). Benner, citado por Santos et al. (2015) foca ainda a função da educação nos cuidados da enfermagem, tornando estes profissionais como guias ao longo do percurso de doença de quem cuidam, atingindo um nível de mestria na mobilização de energia e recursos do meio onde se encontram.

A disponibilização de métodos contraceptivos, a criação e partilha de métodos expositivos que foquem a vida sexual após o diagnóstico oncológico, um conversa informal sobre os riscos das IST, a mobilização com a equipa comunitária ou outros profissionais especialistas, ou até mesmo a mobilização das novas tecnologias na aprendizagem sem esquecer a dimensão religiosa, cultural e crenças individuais inerentes ao jovem, entre outras, seriam estratégias a implementar de modo a iniciar a promoção de uma educação sexual eficaz, dinâmica e promotora de comportamentos saudáveis (Kerntopf et al., 2016).

A educação por parte dos enfermeiros face ao diagnóstico, prognóstico, tratamentos e efeitos colaterais surge como imprescindível neste âmbito, necessitando ainda de se considerar os efeitos psicossociais durante e após o final de tratamentos implementados (Viatori, 2012).

As questões de fertilidade surgem também como essenciais pela possibilidade de infertilidade associada a tratamentos de quimioterapia e/ou radioterapia, sendo necessária esta abordagem com o adolescente e a família de modo a entender as suas necessidades e desejos para um encaminhamento multidisciplinar a um especialista de fertilidade e psicólogo assim como a métodos de criopreservação (Viatori, 2012).

O adolescente encontra-se numa posição de dificuldade acrescida nos serviços de oncologia, sendo demasiado novos para serviços de adulto e suficientemente crescidos para serviços de pediatria, identificando-os como foco específico de intervenção pelos profissionais de saúde (Reisman & Gianotten, 2017). A expressão com os seus pares e inclusão dos mesmos, expressão de carinho/atenção ou encorajamento/estímulos, o uso de peruca, turbante ou chapéu, apoio em momentos de revolta, a expressão de sentimentos, informação face a expressão da sua sexualidade e fertilidade, conselhos realistas, escuta ativa e afirmação de admiração surgem como medidas eficazes no cuidar destes adolescentes que atravessam uma fase de transição sensível (Reisman & Gianotten, 2017).

A abordagem da sexualidade com os adolescentes é realmente um assunto complicado de abordar, seja pela falta de conhecimento e tato perante este assunto delicado, seja por se tornar ainda um tabu e é raro encontrar um terapeuta sexual incluído na equipa multidisciplinar dos hospitais (Veneroni et al., 2020). Falar sobre expressão sexual implica falar abertamente de desejo sexual, função sexual, desejo afetivo, identificação de género e orientação sexual (Veneroni et al., 2020). Esta é uma abordagem íntima, mas essencial no cuidado ao adolescente que caminha para a vida adulta.

Face à necessidade de levantamento de intervenções específicas, após deparar-me com intervenções vagas e maioritariamente direcionadas à população adulta na literatura, foi realizado um protocolo de revisão *scoping* (ver Apêndice III) o qual surge como uma necessidade e como um projeto futuro a implementar face ao trabalho da problemática em questão, reforçando assim a necessidade de intervenção de enfermagem e a construção de conhecimento nesta temática.

1.3. Referencial teórico de enfermagem

Este subcapítulo pretende enunciar e fundamentar os quadros de referência utilizados na elaboração deste relatório: Filosofia de Cuidados Centrados na Família (CCF); Filosofia de Cuidados Não-Traumáticos; Teoria das Transições de Afaf Meleis; e Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender. As filosofias e teorias aqui apresentadas influenciaram o processo de aprendizagem, na medida em que sustentaram, a par da evidência, as práticas clínicas, as reflexões sobre a prática e possibilitaram o desenvolvimento e reconhecimento das competências comuns e específicas do EEESIP e mestre de enfermagem, servindo também de suporte à realização deste relatório.

1.3.1. Cuidados centrados na família

A enfermagem em contexto pediátrico, é vista como uma enfermagem de proteção, promoção e otimização da saúde e das respetivas capacidades para cuidar, assente na prevenção de doença e acidentes e no alívio do sofrimento por diagnósticos, intervenções humanas e cuidados aos indivíduos, famílias e populações (Hockenberry, Wilson, & Rodgers, 2018).

O *Institute for Patient and Family – Centered Care* (IPFCC) (2017) define os cuidados centrados na família como uma abordagem de planeamento, intervenção e avaliação de cuidados de saúde que visam o benefício na parceria entre profissionais de saúde, utentes e família, na medida em que estes determinam a participação e decisão nos planos de cuidados de modo a atingir o seu bem-estar.

Os profissionais de saúde reconhecerem os pais e as famílias como principais cuidadores e detentores do conhecimento das necessidades e características das crianças e jovens surge como elemento fulcral nas orientações dos cuidados de enfermagem, devendo ser privilegiado na sua atuação (DGS, 2005). Também o aumento da literacia, da motivação familiar e a melhoria das condições de vida, favorece o desenvolvimento do exercício da parentalidade, identificando-a como direito e dever destas famílias. Aqui, o enfermeiro surge como elemento facilitador deste processo pelo apoio e pela ajuda nas necessidades e potencialidades dos pais e famílias (DGS, 2013).

Os enfermeiros oferecem um suporte às famílias enquanto protagonistas naturais do cuidado e intervenientes na tomada de decisão construindo, com base nas suas próprias forças, conhecimentos e experiências, um cuidado complexo à criança que tem em consideração as suas necessidades (Hockenberry, Wilson, & Rodgers, 2018).

Os CCF pressupõem que a família é o alvo dos cuidados, procurando manter e reforçar os seus papéis e laços familiares ativos com as crianças e jovens, potenciando a normalidade das rotinas familiares (Cardoso, 2011). O IPFCC (2017) reporta ainda que os pressupostos centrais desta filosofia são: a dignidade e respeito; a partilha de informação; a participação e a colaboração. Assim, torna-se essencial que os profissionais respeitem as opções devidamente esclarecidas da família.

Como conceitos base desta filosofia de cuidados encontra-se a capacitação e o empoderamento, na medida em que os profissionais criam oportunidades para os membros familiares apresentarem as suas habilidades e competências para atender às necessidades levantadas pela criança e jovem (Hockenberry, Wilson, & Rodgers, 2018).

Relativamente ao adolescente é necessário ter especial atenção que a relação familiar muda de uma perspetiva de proteção/dependência para afeição mútua/igualdade no processo de alcance da independência. Para tal, é necessário o cuidado de enfermagem também focar-se nas necessidades específicas do adolescente, no respeitar da sua privacidade e decisões conscientes de modo a ganhar a sua confiança (Hockenberry, Wilson, & Rodgers, 2018).

A capacitação destas famílias para a tomada plena do seu papel parental enquadra-se nas funções do EEESIP, o qual deve implementar e gerir cuidados em parceria, através de um plano de saúde promotor da parentalidade de forma conjunta e através de um cuidado partilhado que valoriza o papel familiar no processo de cuidar.

1.3.2. Filosofia de cuidados não traumáticos

O cuidado não traumático foca a prestação de cuidados terapêuticos pelo profissional de saúde em determinados ambientes através de intervenções que diminuem ou eliminam o sofrimento psicológico e físico das crianças e respetivas

famílias, sendo também um dos pilares dos cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediatria (Hockenberry, Wilson, & Rodgers, 2018).

Este cuidado pode ser aplicado na prevenção, no diagnóstico, no tratamento ou na palição de condições agudas ou crônicas em qualquer ambiente de cuidados de saúde e engloba intervenções que podem ir desde o preparar a criança para procedimentos ou intervenções físicas, o apoio na diminuição e eliminação da ansiedade, medo, raiva, desapontamento, tristeza, vergonha ou culpa e a diminuição ou eliminação de fatores físicos e estímulos sensoriais como dor, extremos de temperatura, ruídos altos, luzes brilhantes ou escuridão (Hockenberry, Wilson, & Rodgers, 2018).

O principal objetivo desta filosofia de cuidados é o de não provocar qualquer tipo de mal através de princípios como o evitar ou minimizar a separação da criança e família, promover o sentimento de controlo e evitar ou minimizar lesões corporais e dor (Hockenberry, Wilson, & Rodgers, 2018).

Este tipo de cuidados permite ainda promover a relação entre a criança e cuidador durante a hospitalização, preparar a criança para qualquer intervenção estranha possibilitando o controlo da dor, privacidade e expressão de medos assim como o de evitar a agressividade através de atividades lúdicas ou por oferta de opções que promovam o respeito à criança e às suas características culturais (Hockenberry, Wilson, & Rodgers, 2018).

1.3.3. Teoria de transições de Afaf Meleis

No desenvolvimento do seu referencial teórico, Afaf Meleis considera que um acontecimento na saúde da pessoa e da sua família ou cuidador é por si só um fenómeno que vai desencadear mudanças na vida do indivíduo, na medida em que a forma como o sujeito se percebe previamente à condição de alteração é mudada, provocando a vivência de um processo de transição (Meleis, 2010). Esta transição é entendida como um processo psicológico de adaptação à mudança de forma a incorporá-la no seu quotidiano e requer uma reorganização interior, sendo entendido como um processo complexo e com uma multiplicidade acrescida (Meleis, 2010).

Esta teoria incorpora três componentes: a natureza das transições, podendo ser classificadas como de desenvolvimento, situacionais, de saúde/doença, organizacionais, podendo integrar múltiplas causas e ser vivenciadas em simultâneo;

as condições para a transição, seja de natureza pessoal, da comunidade ou da sociedade, podendo estas ser de carácter facilitador ou não; e os padrões de resposta, ou seja os indicadores de processo e de resposta do indivíduo (Meleis, 2010).

A teoria em questão continua em contínua revisão de modo a atingir o conhecimento especializado de enfermagem. Esta é, segundo Smith (2020) considerada uma prioridade ética nos cuidados de saúde dado o seu potencial, utilidade e pelo fato de despoletar investigação ao longo do tempo, contribuindo para definir a enfermagem como uma teoria de intervenção facilitadora dos processos de transição vividos e promovendo o bem-estar do indivíduo.

Este modelo teórico, em especial com foco na Adolescência, o período de transição de desenvolvimento, e na doença oncológica, o processo de transição de saúde/doença que acarreta múltiplas consequências e mudanças físicas, psicológicas e emocionais, vem guiar a reflexão, análise e intervenção de enfermagem na temática em estudo. A sua escolha baseia-se no facto de este modelo teórico permitir obter uma compreensão holística das crenças, visões e experiências únicas do adolescente com doença oncológica, assim como os resultados que se pretende atingir na promoção da sua sexualidade saudável, de modo a alocar recursos e implementar intervenções direcionadas às necessidades específicas destes adolescentes e ajudando a identificar barreiras e focos facilitadores nas experiências de transição.

1.3.4. Modelo de promoção de saúde de Nola Pender

O modelo de promoção de saúde desenvolvido por Nola Pender, veio evidenciar ainda mais a enfermagem como arte de cuidar, na medida em que permite alcançar o objetivo final de ajudar o outro a cuidar de si próprio (Tomey & Alligood, 2004).

Este modelo integra uma perspetiva holística, de psicologia social e da teoria de aprendizagem, na medida em que salienta a importância dos processos cognitivos do indivíduo na alteração comportamental, através de um processo de autoatribuição, autoavaliação e autoeficácia e inclui vertentes como a educação para a saúde, a prevenção de doenças e a proteção da saúde (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011). Não inclui o medo ou ameaça como fonte de motivação para um determinado comportamento de saúde, alargando-se para incluir comportamentos de melhoria de

saúde com aplicabilidade potencial ao longo de todo o ciclo vital do indivíduo (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011).

Este modelo defende que as experiências e características individuais afetam as ações atuais e futuras do indivíduo, podendo ser utilizadas para atingir comportamentos-alvo pretendidos. Também os comportamentos anteriores têm efeitos direta ou indiretamente na probabilidade do envolvimento em comportamentos promotores de saúde (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011).

O modelo de cuidados refere-se a 10 pontos determinantes para alcançar comportamentos promotores de saúde, divididos em três categorias *major*: (a) Características e experiências individuais (comportamentos anteriores relacionados e fatores pessoais, biológicos, psicológicos e socioculturais); (b) cognições e afetação do comportamento (benefícios da ação percebidos, barreiras percebidas à ação, autoeficácia percebida, atividades relacionadas com a apresentação, influências interpessoais, normas, apoios ou modelos e influências situacionais); e (c) resultados comportamentais (compromisso com o plano de ação e comportamento de promoção de saúde) (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011).

Assim, este modelo surge como uma tentativa de descrever a natureza multifacetada dos indivíduos que interagem com o ambiente enquanto procuram a sua saúde, deixando de focar modelos orientados para o ato de evitar, utilizando uma abordagem e competências orientadas para o foco desejado, no contexto de melhoria de saúde dos indivíduos (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011).

Neste modelo é atribuído um grande significado motivacional às cognições e afetos específicos do comportamento, que constituem assim uma área sensível para a intervenção, que se torna passível de modificação por ações de enfermagem.

Este compromisso com o plano de ação dá início ao evento comportamental e impulsiona o indivíduo para o comportamento promotor de saúde (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011). Pretende-se ainda com este modelo que os cuidadores tenham em consideração a complexidade da promoção de saúde, focando-se nas dimensões individuais, familiares, comunitárias, socioeconómicas, culturais e ambientais da criança e do jovem (Pender, Murdaugh & Parsons, 2011).

A Enfermagem assente neste modelo visa então não só o salvar vidas, mas também a promoção de uma qualidade de vida, surgindo como solução para políticas de saúde e para a reforma de cuidados de saúde em que os consumidores dos mesmos tornam-se capazes e motivados para atingir a sua saúde pessoal.

2. PERCURSO FORMATIVO

Neste capítulo serão apresentados os objetivos gerais e específicos definidos para cada local de estágio, a importância da obtenção do grau de mestre neste percurso, a metodologia de trabalho adotada na concretização deste relatório e as atividades realizadas, assim como a respetiva análise e reflexão face aos objetivos delineados e competências de EE e EEESIP desenvolvidas.

De acordo com a problemática explicitada, o quadro conceptual apresentado e face à finalidade da unidade curricular - desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas para a conceção, gestão, prestação e supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, jovem e suas famílias (ESEL, 2021a) - defini dois objetivos gerais na construção deste percurso, o primeiro transversal a todos os locais de estágio e um segundo dirigido à problemática em estudo:

- Desenvolver competências especializadas no exercício profissional de enfermagem à criança, jovem e família nos seus processos de saúde-doença em diferentes etapas do desenvolvimento;
- Desenvolver competências do exercício profissional do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria no âmbito da promoção de uma sexualidade saudável no adolescente.

Também enquanto aluno de mestrado destaco as competências inerentes a obtenção de grau de mestre como meio de atingir os melhores cuidados de enfermagem possíveis, na medida em que o mestre em enfermagem deverá:

- a) possuir conhecimentos e capacidade a um nível em que sustente os conhecimentos obtidos ao nível do 1º ciclo, os desenvolva e aprofunde e permita e constitua uma base de desenvolvimentos e/ou aplicações originais em contextos de investigação; b) saber aplicar os conhecimentos e capacidade de compreensão e resolução de problemas em situações novas e não familiares em contextos alargados e multidisciplinares, relacionados com a sua área de estudo; c) demonstrar capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e juízos ou que os condicionem; d) ser capaz de comunicar as suas conclusões, conhecimentos e raciocínios subjacentes quer a especialistas ou não de forma clara e sem ambiguidades; e) evidenciar competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (Decreto-Lei n.º 74/2006, 2006, p. 2246).

Conforme referido e justificado anteriormente a abordagem da sexualidade nos adolescentes com doença oncológica é uma realidade quase inexistente na prática de

enfermagem, levantando a necessidade de cuidados neste âmbito para uma melhoria de cuidados e prestação de cuidados holísticos. Esta abordagem irá trazer múltiplos benefícios ao adolescente que já por si tende a isolar-se e a evitar expressar este tema, assim como a respetiva família.

A sensibilização e a normalização do tema e problemática tanto junto dos clientes como dos profissionais, a comunicação aberta e sem tabu com tato e competência no assunto, trará ao de cima esta temática delicada e permitirá um desenvolvimento mais consciente, informado e autónomo do adolescente, maximizando a prática de cuidados prestados.

A intervenção nos contextos de estágio, permitirão o desenvolvimento e aquisição gradual de competências comuns e específicas do EEESIP assim como competências relacionadas com a problemática em estudo e de suporte da mesma, permitindo o alargamento de competências na comunicação com o adolescente e família, da expressão da sexualidade no adolescente, com comportamentos de risco ou vítima de abuso sexual assim como o papel da sexualidade na transição da parentalidade, reunindo capacidades e estratégias diversas na intervenção de enfermagem para uma atuação perita, informada e baseada na evidência científica que permitirá a minha evolução enquanto EEESIP.

Para Silva (2007), a Enfermagem Avançada surge como significado de uma maior competência de exercício da profissão com base nas teorias de Enfermagem, concretizadas pela inter-relação pessoal e com vista ao diagnóstico e assistência face às respostas humanas nas transições vivenciadas. Esta ideologia faz-me todo o sentido enquanto profissional de enfermagem, revelando o esforço de trazer mais enfermagem a uma prática clínica avançada, sendo esta centrada nos saberes da disciplina em questão, com campo de ação próprio e autonomia na sua prática profissional ao invés de uma prática avançada biomédica (Queirós, 2007). Esta perspetiva visa valorizar o cuidar com desvelo, compaixão e solicitude e vai mais além do prestar cuidados enquanto meio técnico de intervenção, utilizando sempre uma atitude de aprendizagem, treino de investigação e validável de modo a sintetizar a evidência científica de enfermagem (Queirós, 2007).

Assim, um EE detém um conhecimento aprofundado e especializado numa determinada área, demonstrando elevados níveis de julgamento clínico e tomada de decisão de acordo com as suas competências (OE, 2010). Para tal, deve ter em consideração os conhecimentos de Enfermagem Avançada, uma capacidade de

combinar conhecimento adquirido com avaliação analítica, crítica e de reflexão, visando a resolução de problemas complexos com intenção terapêutica e regendo-se por uma conduta ética e deontológica.

O conhecimento existente na prática de enfermagem é defendido por Benner, conforme citado por Brykczynski (2004), como um conhecimento que ocorre ao longo do tempo numa disciplina prática, reforçando a interligação entre o conhecimento prático e teórico. Este conhecimento consiste no alargamento dos conhecimentos práticos pelas investigações científicas baseadas na teoria e no levantamento do conhecimento prático ao longo do desenvolvimento da experiência clínica, sendo que o conhecimento prático pode expandir a teoria ou ser desenvolvido perante fórmulas científicas. Benner defende ainda que os níveis de desempenho nestas aprendizagens ocorrem em movimento pela aquisição de competências, sendo determinadas pela validação consensual de juízes especialistas e pela aquisição de resultados de situação (Brykczynski, 2004).

No paradigma português atual, o enfermeiro é um profissional com competências reconhecidas de categoria técnica, científica e humana para a prestação de cuidados de enfermagem gerais, sendo competente aquele que evidencia qualidade no seu desempenho e proporciona qualidade aos utentes com que interage (Alarcão & Rua, 2005).

Na aquisição e desenvolvimento de competências, Alarcão & Rua (2005) enfatizam os estágios clínicos como momentos de desenvolvimento de atitudes e processos de autorregulação, onde se mobilizam e estimulam conhecimentos adquiridos ao longo do ensino teórico pela interação com situações reais e contextos individualizados. Esta componente de formação oferece um contexto de aprendizagem que favorece o contacto com a prática, a mobilização integrada e contextualizada dos diferentes conhecimentos e a caminhada para a criação de uma identidade profissional pela interação e transmissão de saberes de profissionais já experientes com os quais se convive.

Torna-se assim importante a relação de uma perspetiva ecológica, pela utilização do paradigma ecológico de enfermagem, na construção e desenvolvimento humano, realizando assim uma abordagem clinico-reflexiva adaptada à situação em que o aluno se insere, na medida em que a aprendizagem e aquisição de competências são influenciadas pela relação de contextos onde se encontram. A abordagem clinico-reflexiva de matriz ecológica inclui uma matriz desenvolvimentista

e socio-construtiva em que se prevê que o desenvolvimento se processe por transições ecológicas em ambientes de interação (Alarcão & Rua, 2005).

Esta prática reflexiva surge na Enfermagem com o objetivo de responder eficazmente à imprevisibilidade e especificidade que os contextos e respetivas circunstâncias apresentam, desenvolvendo competências e capacidades reflexivas para um agir profissional com vista à promoção da segurança e qualidade de cuidados prestados, assim como ganhos em saúde. A prática reflexiva torna-se então a “premissa para o desenvolvimento de profissionais autónomos e críticos” (Peixoto & Peixoto, 2016, p.131).

A reflexão dos problemas da prática enquadra as aprendizagens obtidas e possibilita que o sujeito modifique a sua forma de aprender, pela reflexão nos contextos de prática, perspetivando também novas aprendizagens e um percurso profissional de noviço a perito (Serrano, Costa & Costa, 2011). Os estágios clínicos possibilitam também uma reflexão acerca do observado e o vivido, sendo este um processo que conduz à construção ativa de conhecimentos na ação por uma metodologia do aprender (Alarcão & Rua, 2005).

Assim fomenta-se uma cultura de formação partilhada em que o ambiente é indispensável na formação de profissionais equilibrados, humanistas, detentores de conhecimentos científicos e técnicos atualizados com capacidade de trabalhar em equipas profissionais e multiprofissionais com atitudes de aprendizagem continuada, ou seja, definindo o perfil de enfermeiro da atualidade.

Após a análise do tema e problemática a desenvolver, identifiquei a metodologia de trabalho a seguir de modo a dar resposta às questões colocadas na realização do relatório e de modo a seguir um discurso organizador, com um fio condutor facilitador de obtenção de competências, análise, crítica e reflexão sobre as mesmas. Para tal optei pela utilização da Metodologia de Projeto defendida por Freitas (2007) que se baseia na investigação centrada numa problemática, um problema real identificado, e na implementação de intervenções eficazes na sua resolução, através de pesquisa, análise e resolução de problemas reais do contexto de cuidados, o que promove uma prática fundamentada e baseada na evidência científica.

A Metodologia de Projeto é então constituída pelas seguintes fases: (a) Diagnóstico de situação, onde se identifica e define o problema pelo uso de instrumentos de colheita e análise de informação, estabelece-se prioridades e possíveis causas, selecionando recursos e grupos intervenientes, envolvendo uma

recolha de informações de natureza objetiva e qualitativa assim como o aprofundamento da temática; (b) Definição de objetivos, pela antevisão de uma finalidade e implementação de operações, definindo objetivos gerais e específicos e prioridades através de um plano de ação de modo a direcionar a intervenção principal; (c) Planeamento, onde se realiza um levantamento de recursos, limitações e atividades assim como técnicas de pesquisa e cronograma relacionadas com os objetivos levantados, através da utilização de gráficos, esquemas e/ou escalas facilitadoras de uma maior clareza e compreensão do planeamento; (d) Execução, onde se coloca em prática o planeamento realizado com a participação do orientador e potenciando as diferentes competências atingidas; (e) Avaliação, realizada em simultâneo com a execução do projeto e após todo o processo na concretização do projeto, sendo um momento rigoroso e fundamental na melhoria da coerência e eficácia das atividades realizadas e que vai de encontro aos objetivos propostos; (f) Divulgação de Resultados (relatório final), dando a conhecer à população outras entidades a pertinência do projeto, o caminho percorrido e os resultados obtidos na resolução de um determinado problema (Freitas, 2007).

Previamente ao início de cada estágio foi elaborado um documento, onde foram apresentados os objetivos gerais a atingir neste percurso formativo e também os específicos adaptados a cada realidade de estágio e respetivas atividades de forma a alcançar as competências propostas como parâmetro de avaliação (ver Apêndice IV). O planeamento típico de cada local de estágio foi alvo de reformulações e reorganizações face à reavaliação e adaptação constante ao longo deste percurso.

Foram também delineados objetivos específicos como indicadores de conhecimentos e aptidões a adquirir ao longo do percurso formativo, sendo estes apresentados em cada subcapítulo específico do local de estágio, na medida em que foram formulados especificamente para o contexto em questão. Também ao longo de cada subcapítulo será explicitado o grupo de competências adquiridas e desenvolvidas no percurso de cada local, conforme a atividade aplicada, remetendo aqui para o Regulamento n.º 140/2019 publicado em 2019 no Diário da República no que toca a competências comuns do EE e para o Regulamento n.º 422/2018 publicado em 2018 no Diário da República, evidenciando as competências específicas de EEESIP.

Na realização deste relatório de estágio e com vista à sua implementação, pretendo enquanto enfermeiro não só o desenvolvimento de competências enquanto

EEESIP, mas também contribuir para a prática de cuidados de enfermagem de qualidade, contribuindo para a melhoria da vida das pessoas e para a visibilidade da enfermagem.

2.1. Unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP)

Iniciei o meu percurso de estágio numa UCSP, sendo que a escolha deste local se deveu ao facto de ser um meio privilegiado na prestação de cuidados de saúde primários, em especial com enfoque na promoção de saúde e vigilância infantil, um local promotor de aprendizagens e de desenvolvimento de competências específicas do EEESIP.

Como objetivos específicos delineados para este local de estágio, foram propostos objetivos como: prestar cuidados especializados de enfermagem à criança/jovem e família em contexto comunitário; promover a sensibilização da equipa de enfermagem para a importância da expressão da sexualidade no adolescente; e capacitar o adolescente para o desenvolvimento da sua sexualidade.

A UCSP onde realizei estágio engloba múltiplas valências dos cuidados de saúde primários, com especial destaque no planeamento familiar e saúde infantil, nomeadamente nas consultas de enfermagem de vigilância de saúde infantil e vacinação, onde se focou a maior parte das horas de contato de estágio. Nesta unidade acompanhei a enfermeira orientadora que me permitiu uma participação ativa nos momentos de consulta de vigilância de saúde infantil (após uma preparação prévia e validada, consulta de normas e protocolos e aprofundamento de técnicas de entrevista), aplicando a filosofia dos CCF e o modelo de promoção de saúde nas consultas de vigilância infantil assim como a implementação de cuidados antecipatórios, como meio de atingir a maximização de saúde dos clientes. Nestes momentos de consulta pude ativamente conduzir a entrevista, avaliando com as crianças e suas famílias o seu estado de saúde e estágio de desenvolvimento e crescimento, providenciando orientações maximizadoras de saúde e implementando os esquemas de vacinação conforme a idade da criança ou jovem, utilizando uma comunicação terapêutica adequada e intencional e o brincar como instrumento de avaliação dos vários parâmetros de desenvolvimento. Estas atividades permitiram o desenvolvimento de competências como o implementar e gerir em parceria planos de

saúde promotores de parentalidade e de gestão do regime da criança (E1.1) e a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil (E.3.1).

No que toca à saúde infantil, os enfermeiros têm um papel preponderante na educação e aconselhamento dos pais, avaliando o estado de saúde, crescimento e desenvolvimento da criança em momentos de consultas de enfermagem, tendo em consideração o seu interesse e compreensão da sua vontade através do respeito e da capacidade de proporcionar condições favorecedoras de um desenvolvimento global saudável e reconhecendo os seus cuidadores diretos como principais promotores desse desenvolvimento (OE, 2010).

Também o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) surge como um instrumento de apoio à saúde infantil e juvenil, promovendo oportunidades de desenvolvimento para todas as crianças e jovens independentemente dos seus contextos. Este plano surge como medida orientadora dos cuidados prestados nesta UCSP e foi por mim utilizado como referencial para avaliação do desenvolvimento e crescimento, estímulo de comportamentos promotores de saúde, deteção precoce e encaminhamento de situações particulares e doenças comuns e sinalização de crianças vítimas de maus tratos e violência, apoiando e estimulando as responsabilidades parentais e rentabilizando a ação de enfermagem com vista a otimização de saúde das crianças e dos jovens (DGS, 2013). Também na avaliação de uma sexualidade saudável, aplicação e reflexão das suas estratégias inerentes foi mobilizado o referencial *Bright Futures*, como guia orientador na educação personalizada, avaliação de risco, promoção de saúde e guia de aconselhamento da criança e jovem (American Academy of Pediatrics, 2017).

Foco ainda a multiculturalidade existente nos utentes abrangidos pela unidade, sendo por vezes, um entrave a alguns cuidados, mas também oportunidades de desenvolvimento e adaptação dos cuidados prestados culturalmente equitativos, na medida em que consegui dirigir as consultas apropriando os cuidados culturais e adaptando a comunicação à língua entendida pelos mesmos. Isto denota também o desenvolvimento da competência de comunicação com a criança e família apropriada ao estágio de desenvolvimento e cultura (E3.3).

No que toca à sexualidade e a sua abordagem como sentimento, comportamento e ponto de desenvolvimento na criança, esta deve ser alvo de atenção e foco da família e dos profissionais de saúde. A aprendizagem sexual é por norma automática, constante e inconsciente de atitudes, gestos e ideias que se iniciam logo

após o nascimento. A criança, ao brincar, está a reconhecer, descobrir e a aprender características inatas ao seu desenvolvimento sexual, não devendo ser reforçadas ou proibidas práticas de diferenciação sexual que acabam por promover um risco de expectativas não reais na criança quanto ao seu papel sexual. Torna-se também importante o desenvolvimento emocional na descoberta da sexualidade, sendo essencial o aconselhamento e as respostas simples à medida que a curiosidade da criança se vai manifestando (OE, 2010).

Com base na temática do meu projeto de estágio, fui observando e participando também nas consultas da área do planeamento familiar, de modo a abranger competências do cuidado ao jovem adulto e adolescente que incluíssem a educação para a promoção de uma sexualidade saudável. Aqui promovi a abertura de um espaço seguro de partilha e esclarecimento de dúvidas e um aconselhamento maximizador de saúde e de diminuição de comportamentos de risco sexuais. A participação no planeamento familiar, antecipando problemas de saúde derivados de uma sexualidade desinformada e abordando esta temática de uma forma aprofundada e aplicando os conhecimentos adquiridos até à data, permitiu-me a aquisição de competências na promoção e proteção dos direitos humanos (A.2.1), a mobilização de conhecimentos e habilidades com foco na melhoria de cuidados (B.1.1) e a promoção da autoestima e autodeterminação do adolescente nas suas escolhas de saúde (E.3.4).

Em geral, é conhecido que a adolescência e a juventude são os períodos mais saudáveis do ser humano, com menores índices de morbilidade e mortalidade quando em comparação com outros grupos etários, resultando assim numa escassa procura de serviços de saúde, apesar de se considerar um período crucial no desenvolvimento e integração de condutas e comportamentos que influenciam a saúde do adolescente no futuro. Assim, a presença dos adolescentes nos serviços de saúde constitui uma oportunidade ímpar para potenciar as aprendizagens de saúde e promover a assistência aos mesmos e às suas famílias (OE, 2010). Também por restrições decorrentes da pandemia, a unidade funcional de saúde definiu que apenas os adolescentes de 10 anos iriam comparecer à consulta de vigilância de saúde infantil, por ser uma idade de vacinação, sendo que os restantes jovens apenas iriam comparecer em caso de problema de saúde. Face a isto, optei então pela intervenção na sensibilização e reflexão de práticas, através do desenvolvimento de

conhecimentos e competências na abordagem à sexualidade do adolescente com os enfermeiros da unidade, através de uma sessão formativa e de reflexão de práticas.

As intervenções de enfermagem no âmbito do atendimento ao adolescente, seja na promoção de comportamentos saudáveis para a melhoria da sua saúde ou na prevenção de doença, assumem lugares de destaque através da transmissão de informação eficaz baseada nas suas motivações, desejos de mudança, processos de seleção e controlo, autoconfiança, perceção de eficácia, entre outros. Assim a entrevista ao adolescente assume um papel dominante e de extrema importância, apesar da sua complexidade, possibilitando identificar as suas necessidades, problemas, potencialidades, desejos e significados de experiências, envolvendo o adolescente como protagonista na resolução dos seus problemas numa relação terapêutica de confiança (OE, 2010).

Assim, com base na evidência científica existente e atualizada que foca a importância do contacto com o adolescente, realizei uma sessão formativa que abordasse a temática dos adolescentes (e as suas características diferenciadas aquando abordados em consulta) e a promoção da sua sexualidade, com foco no papel e nas intervenções de enfermagem, através de um plano de sessão (ver Apêndice V), a sessão formativa e de sensibilização/reflexão (ver Apêndice VI) e um questionário de avaliação de sessão (ver Apêndice VII). Foi-me assim possível transmitir os conhecimentos adquiridos e mais atuais à equipa com foco nas suas possíveis intervenções capacitadoras. A avaliação da sessão realizada pelos participantes, sugere que a mesma foi produtiva e pertinente, permitindo aos profissionais da unidade um novo olhar sobre o adolescente e o seu papel profissional na promoção de saúde dos mesmos. Criei ainda um folheto guia para profissionais (ver Apêndice VIII) que permite de uma forma rápida, fácil e adequada prestar os melhores cuidados promotores de sexualidade saudável aos adolescentes com quem frequentemente contactam.

Estas atividades referidas permitiram-me o desenvolvimento de competências como a demonstração de tomada de decisão segundo princípios e valores deontológicos da profissão (A.1.1), a mobilização de conhecimentos e habilidades com foco na melhoria de cuidados (B.1.1), a avaliação da qualidade das práticas clínicas (B.2.1), o planeamento de programas de melhoria de cuidados (B.2.2) e liderança dos mesmos (B.2.3).

Por motivos de pandemia por COVID-19, várias foram as restrições impostas ao cuidado de excelência da unidade, nomeadamente a vinda às consultas de enfermagem apenas em idade de vacinação, a permissão de apenas um dos pais para estar presente em consulta, a falta de brinquedos disponíveis tanto na sala de espera, como na sala de consulta, entre muitos outros, que potenciariam uma avaliação do estado de saúde e de desenvolvimento da criança de forma mais eficaz. Mesmo assim, cabe ao enfermeiro que cuida destas crianças maximizar, de forma criativa e adaptada à realidade profissional, a saúde destes utentes, sem descuidar de cuidados rigorosos e de excelência.

Como método de reflexão da prática realizada dando suporte e sustentação às competências desenvolvidas e como meio de suporte à realização deste relatório realizei ainda um Jornal de Aprendizagem no final das horas de contacto de estágio, dando enfoque às aprendizagens desenvolvidas (ver Apêndice IX).

2.2. Neonatologia

A escolha do local de estágio realizado em contexto de Neonatologia, um estágio que permite o desenvolvimento de competências especializadas no cuidado ao RN em situações complexas de saúde e na intervenção de enfermagem na transição para a parentalidade, foi realizado num hospital central de Lisboa, uma unidade que incorpora a unidade de cuidados intensivos neonatais (UCIN), a unidade de cuidados intermédios neonatais e uma sala de apoio aos pais. A unidade recebe RN com necessidades de cuidados especializados provenientes das urgências obstétricas e pediátricas, puerpério, bloco de partos e RN provenientes de outros hospitais da zona sul do país e transferidos pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), sendo mais frequentes RN com cardiopatias congénitas.

Como objetivos específicos definidos para este contexto foco: prestar cuidados especializados de enfermagem ao RN e família, perceber a sensibilização da equipa de enfermagem face à promoção da sexualidade saudável na transição para a parentalidade e avaliar os receios presentes nos pais face ao novo papel parental, em especial na sua sexualidade e vida conjugal.

Assim, foquei-me em atividades como a prestação de cuidados ao RN com a colaboração e supervisão da enfermeira especialista orientadora, a consulta de normas e protocolos da unidade (em especial o estudo dos manuais de neonatologia

e dos tipos de ventilação em vigor no serviço), a mobilização e aprofundamento de conhecimentos, averiguar juntos dos profissionais e enfermeira orientadora a pertinência da abordagem da sexualidade saudável na transição para a parentalidade e refletir sob a temática em questão.

Por sobrecarga da unidade em contexto de pandemia, não houve oportunidade de alocar um dia de formação dos profissionais para a realização de uma sessão de formação, que apesar de pertinente (os profissionais reforçaram a importância e pertinência da temática, como algo muito pouco focado no serviço) não foi passível de ser realizada. Assim houve uma necessidade de adequação de atividades face às necessidades do serviço e tempo de estágio, sendo realizado um jornal de aprendizagem (ver Apêndice X) como um instrumento de reflexão face à problemática e de despertar para a sensibilização do tema. Assim, pela realização desta atividade, destaco o desenvolvimento de competências como o desenvolvimento de práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (B.2), refletindo com a equipa acerca desta nova temática, muitas vezes esquecida, que tanto poderá melhorar a vida destes novos pais que cuidamos, e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, baseando a prestação de cuidados em evidência científica (D.2, D.2.1, D.2.2.3, D.2.2.4, D.2.2.6).

Durante as horas de contacto de estágio tive a oportunidade de prestar cuidados ativamente, utilizando o método de trabalho individual, sendo cada Enfermeiro responsável pelos cuidados ao RN atribuído. Um dos elementos mais visíveis no cuidado de enfermagem foi a promoção do sono do RN, na medida em que através da concentração e minimização das manipulações, posicionamento adequado, redução de estímulos e gestão do ambiente (nomeadamente a redução da luminosidade e ruído, desligando as luzes e estores da unidade, desligando prontamente os monitores e equipamentos, utilizando tons de voz baixos e cobrindo as incubadoras com capas). Aqui denoto o desenvolvimento de competências como o aplicar conhecimentos de saúde e bem-estar físico e psicossocial da criança (E.2.2.1).

Estes cuidados neuroprotetores são fulcrais nas intervenções ao RN, pelo risco de aumento significativo de sequelas do seu neurodesenvolvimento, identificando o efeito protetor dos corticoides, aleitamento materno e da boa evolução ponderal e do perímetro craniano assim como da influência de fatores ambientais e socioeconómicos (Resende, Martins, Faria & Taborda, 2017). Aqui, o reconhecimento

da importância dos fatores ambientais, despertou a adoção de estratégias neuroprotetoras cuja finalidade passa por reduzir o risco de exposição do RN ao stress e aos seus efeitos negativos (Resende, Martins, Faria & Taborda, 2017).

Além disto, a prestação de cuidados ao RN em contexto de UCIN, em estado grave, permitiu-me ainda, o desenvolvimento de competências no reconhecimento de situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte, prestando cuidados de Enfermagem apropriados (E2.1., E2.1.1.).

Na unidade, o ambiente tenta ir ao encontro da humanização de cuidados, utilizando uma decoração com desenhos infantis nas paredes e um espaço amplo em contraste com o ambiente tecnológico inerente ao contexto. A tentativa de tornar este ambiente mais familiar é também evidente, incentivando os pais a incluírem objetos pessoais nas unidades do RN (roupas, fraldas, fotografias e chuchas). Inclui ainda uma zona de apoio aos pais, como zona de descanso incluindo cadeirões e cacifos para deixarem os seus pertences. Este fato aliado a prática referida acima vem dar resposta ao desenvolvimento de competências especializadas como o implementar de intervenções não farmacológicas para o alívio da dor e de intervenções promotoras do sono, a par da realização da educação aos pais que contribuem também para a gestão diferenciada da dor e do bem-estar do RN (E.2.2., E.2.2.1, E.2.2.2, E2..2.3.) promotoras do seu papel parental.

Como filosofia inerente aos cuidados destes RN saliento os cuidados para o desenvolvimento, onde os cuidados são planeados tendo em consideração as necessidades individuais de cada criança, podendo haver flexibilidade tanto nos cuidados como no ambiente envolvente (Coughlin, Gibbins & Hoath, 2009). É também colocada em consideração a parceria de cuidados com as famílias e o estabelecimento de uma relação precoce com o RN de modo a influenciar positivamente a parentalidade e a preparação para alta hospitalar do RN.

No que toca à aplicabilidade do projeto de estágio, a reflexão acerca da transição para a parentalidade, com base na teoria de Afaf Meleis, surge em destaque, na medida em que esta nova etapa de ciclo de vida implica um ajustamento a um conjunto de mudanças, redefinição de papéis pessoais e sociais, na transição para o papel de mãe e de pai, enquanto casal e família que altera rotinas e adquire novas competências que permitam o cuidar do novo membro da família. Aqui a teoria das transições é aplicada pelos profissionais, tentando perceber as suas necessidades

parentais com base na sua experiência vivenciada e atuando perante os mesmos (Meleis, 2010).

A transição para a parentalidade aumenta frequentemente o stress, os problemas e diferenças já existentes entre o casal, potenciando a insatisfação sexual conjugal e o risco do impacto negativo na família (Leal & Maroco, 2010). Leal & Maroco (2010) referem ainda que a satisfação parental está diretamente ligada a uma maior satisfação marital, maior perceção dos papéis parentais, maior satisfação com a vida e maior eficácia no desenrolar dos papéis parentais.

O apoio dos familiares e dos profissionais de saúde surge então como estratégias essenciais na vinculação da relação pais/filho e capacita estes pais a cuidarem do seu filho após a alta hospitalar, sendo que referem que “sem as orientações da equipa de saúde teriam dificuldade na prática da parentalidade” (Guimarães et al., 2018, p.8).

Torna-se relevante que o profissional de saúde estimule os pais a verbalizar as suas preocupações, dúvidas e receios, estabelecendo uma relação de confiança e empatia. É necessário o profissional comunicar de forma compreensível e implementar ações de educação para a saúde que promovam o cuidado ao recém-nascido (Guimarães et al., 2018).

Os enfermeiros surgem assim como modelos para estes pais, que observando o cuidado prestado, aprendem a fazê-lo, facilitando assim o processo de parentalidade pelo acolher do bebé, pais e família, favorecendo a aceitação do filho hospitalizado, promovendo a vinculação familiar e orientando/encorajando os pais a tornarem-se aptos a cuidar do seu filho (Guimarães et al., 2018).

Nesta unidade tive oportunidade de prestar cuidados com estas premissas em mente. O acolher da família, o tempo retirado para informar e criar uma relação com os pais, a inclusão dos pais nos cuidados prestados, a espera pelo turno onde os pais viriam para os encorajar a prestar cuidados (em especial os cuidados de higiene) e ainda a fomentação de contacto e vinculação com o seu filho pelo método canguru foram alguns exemplos de intervenções que tinham como objetivo a facilitação deste processo de transição. Estas intervenções vão ao encontro do desenvolvimento de competências específicas como a promoção da vinculação, de forma sistemática, da tríade mãe/pai/RN (E.3.2.), através da promoção do contacto precoce do RN com os pais, potenciando o desenvolvimento de laços familiares (E.3.2.4.), da promoção da amamentação (E.3.2.5.), da promoção da esperança dos pais (E.3.2.3) e da

negociação do envolvimento dos pais enquanto parceiros no cuidar, o mais precocemente possível (E.3.2.6.).

A facilitação deste processo de transição para a parentalidade promove não só os cuidados essenciais ao RN, mas também uma maior satisfação do casal pronto a cuidar do seu filho nesta nova fase de vida. Assim, também uma maior satisfação de papéis conjugais e de relação amorosa serão visíveis, promovendo uma maior aceitação do processo e comunicação entre o casal que mais facilmente transmitirá os seus receios e dúvidas e promoverá assim o estabelecimento de uma melhor relação e vida sexual.

Por outro lado, também as alterações vividas durante a gravidez e a forma como foram vivenciadas entre o casal poderá também facilitar ou dificultar a forma como vivem a sua sexualidade após o nascimento do bebé. A exaustão, o aumento de peso, a insatisfação generalizada com a sua imagem corporal são dificuldades sentidas pela mulher no pós-parto, sendo que também a privação de sono descrita como uma dificuldade acrescida à autoestima da mulher, afetando consequentemente a sua atividade sexual (Martins, 2017).

A compreensão, confiança e segurança transmitida pelo pai relativamente à sua função paterna surge como fator facilitador na confiança entre o casal, com tendência a fortalecer a sua relação conjugal, na medida que permite também abordar a sua intimidade em conjunto e apostando muitas vezes em gestos de carinho como formas substanciais de sexualidade (e desmistificando a ideia de sexualidade enquanto apenas penetração) enquanto a mulher não se sente preparada para mais (Martins, 2017).

A perceção da vida e atividade sexual nestes pais, em especial os de primeira viagem, encontra-se então diretamente relacionada com a sua relação conjugal, confiança e segurança face à resolução de problemas com que se deparam na vivência e descoberta da parentalidade, na medida em que uma melhor preparação deste papel, uma comunicação mais eficaz e uma resolução de potenciais problemas trará ao casal uma melhor resolução pessoal e consequentemente uma aceitação e compreensão da sua atividade sexual, que poderá implicar mudanças.

Este papel facilitador da transição para a parentalidade, considerando não só as necessidades do RN, mas também a relação conjugal do casal, deverá ser considerado pelo EEESIP, não só enquanto enfermeiro numa unidade neonatal, mas também em consequentes consultas de vigilância de saúde, quer infantil quer

materna, promovendo uma expressão da sexualidade saudável entre o casal que consequentemente possibilitará uma vivência e dinâmica familiar mais saudável enquanto nova família (pais e filho).

O modo como os homens e as mulheres vivenciam o seu papel parental, as dimensões se sentem satisfeitos com ele, as suas semelhanças e diferenças e os fatores que o influenciam enquanto componentes individuais, influenciam também o seu papel parental e vida familiar, possibilitando a compreensão da adaptação familiar com vista a um equilíbrio dinâmico (Leal & Maroco, 2010).

Também Leal & Maroco (2010) referem que intuitivamente, a satisfação parental é percebida como a perceção de prazer e gratificação com o papel de mãe ou de pai e terá impacto na socialização da criança, sendo que o uso de reforço positivo e de tempo em interação com a criança estão diretamente relacionados com este domínio.

Assim, refletindo sobre o tema explicitado, o promover de uma parentalidade eficaz pelo EEESIP, por intervenções e competências como o desenvolvimento de competências parentais através de ensinamentos e orientações (E1.1.4.), fomentando a adoção de comportamentos potenciadores de saúde (E1.1.5) e facilitando a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança do RN (E1.2.8.) assim como a orientação antecipatória às famílias, a transmissão de informação orientadora para a promoção da adaptação à doença, visando facultar à família os conhecimentos e habilidades necessários para a continuidade dos cuidados quer na comunidade quer no domicílio, bem como para a promoção do exercício da parentalidade (E2.5.) permitirão em última instância uma melhor vivência deste novo papel e consequentemente uma vivência da vida conjugal e sexual mais saudável.

2.3. Serviço de urgência pediátrica (SUP)

Prossigui para o estágio no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), um serviço escolhido pela sua particularidade de integrar a unidade de cuidados especiais pediátricos (UCEP), com utentes em particular estado frágil e complexo de saúde, que permitiu o desenvolvimento de competências em contexto de cuidados intermédios pediátricos e o desenvolvimento de estratégias de promoção de saúde pelo facto de serem internamentos mais longos do que em Sala de Observação (SO).

Como objetivos específicos delineados para este local de estágio foco: prestar cuidados especializados de enfermagem à criança/jovem e família em contexto de urgência pediátrica; e discutir com a equipa de enfermagem acerca da importância da intervenção de enfermagem face à criança/jovem vítima de abuso sexual.

Como atividades propostas destaco a prestação de cuidados de enfermagem sob orientação da enfermeira perita, a consulta de normas e protocolos relacionados com a prática de enfermagem, a mobilização e aprofundamento de conhecimentos adquiridos pertinentes ao contexto de estágio e a prestação de cuidados promotores de uma sexualidade saudável aos adolescentes aqui admitidos.

A realização de estágio e prestação de cuidados de enfermagem no SUP permitiu-me o desenvolvimento de competências de cuidados especializados a criança/jovem e família em situações de especial complexidade (E.2), em especial pela utilização do Sistema de Triagem de Manchester, que segundo a norma da DGS, 002/2018 de 09/01/2018 “(...) tem como objetivo definir o nível de prioridade, a identificação de critérios de gravidade de uma forma objetiva e sistematizada, indicando a prioridade clínica com que a pessoa deve ser atendida e o respetivo tempo alvo que é recomendado até à primeira observação médica” (DGS, 2018, p. 9). Tive assim oportunidade, sob o olhar da enfermeira orientadora, de assumir controlo na prestação de cuidados, apreciação e na tomada de decisão clínica em ambiente de triagem e face a situações clínicas com elevada complexidade, desenvolvendo competências como o reconhecer situações de instabilidade de funções vitais e risco de morte, prestando cuidados apropriados (E.2.1). Aqui torna-se essencial a perícia na observação e avaliação de situações de doença, de comunicação face ao grupo etário do cliente com que o enfermeiro se depara, a mobilização de técnicas e estratégias de comunicação facilitadoras da interação enfermeiro-cliente com o objetivo de identificar/avaliar as situações de gravidade, intervir e encaminhar de forma eficaz, considerando sempre o bem-estar e os principais interesses da criança/jovem e da sua família.

Dada a pouca experiência profissional na realização eficaz de triagem, utilizei estes momentos de estágio como momentos de grande aprendizagem, onde questionei e refleti acerca dos casos deparados e potenciais casos a encontrar com uma postura participativa, desenvolvendo competências como o diagnosticar precoce e intervenção nas doenças comuns e situações de risco que afetem negativamente a vida e qualidade de vida da criança/jovem (E.1.2), na medida em que “a uniformização

de procedimentos e as tomadas de decisão suportadas em algoritmos clínicos permitem aos profissionais de saúde do serviço de urgência, dado o afluxo significativo de pessoas nestes serviços, uma atuação centrada em prioridades, um encaminhamento precoce da pessoa e a garantia de uma oferta de cuidados ajustada às necessidades, de maior qualidade e segurança” (DGS, 2018, p. 15).

Na sala de tratamentos, onde se realizavam procedimentos mais dolorosos e invasivos, tomei consciência da necessidade de preparação da criança e da sua família face aos procedimentos a realizar, na medida em que o SUP se considera um dos contextos onde as crianças e jovens sentem mais angustia, medo e stress na medida em que se deparam com uma situação inesperada de doença, acrescentando ainda o stress resultante da comunicação, muitas vezes comprometida entre o profissional e o utente durante estes procedimentos dolorosos (Martins & Silvino, 2010). Assim, tive em especial atenção sobre o impacto do stress no cliente, procurando implementar estratégias que o minimizasse, atendendo assim a um modelo de atuação de enfermagem no cuidado não-traumático, nomeadamente na mobilização do “Guia orientador de boas práticas – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança”. Aqui, estratégias como o envolvimento no processo de cuidados em situações dolorosas ou que provocassem medo ou ansiedade, formando uma parceria com a família e o cliente por uma relação terapêutica, solicitando a colaboração dos pais como fonte de conforto e segurança e a utilização do reforço positivo, seja verbal ou em forma física como o uso de uma recompensa, foram intervenções refletidas e utilizadas de modo a fomentar uma boa experiência à criança e jovem, tentando criar memórias positivas sobre a experiência, que influenciam o seu comportamento e colaboração (OE, 2013). Jorge (2004) reforça ainda que as ideias das crianças sobre o que é o hospital deriva das suas vivências anteriores.

Em contexto de Serviço de Observação (SO) surge como maior impacto a hospitalização inesperada. Por si só, a hospitalização envolve já vários stressores com impacto no dia-a-dia do utente e família, tornando-o mais vulnerável. À hospitalização estão associados sentimentos de incerteza, medo, ansiedade e desamparo relativos à situação clínica e à falta de informação disponível em tempo real, despoletando sentimentos de ansiedade e culpa por parte dos familiares. Jorge (2004) refere que “é sempre com apreensão que os pais aceitam a hospitalização de um filho. O seu papel de protetores desaparece aos seus olhos (...) perante a necessidade de aceitar as decisões de profissionais” (p.13). Assim torna-se essencial o apoio e confiança por

parte do EEESIP, no sentido de preparar os pais da melhor forma possível, mobilizando fatores facilitadores no processo de transição saúde-doença, aqui mobilizando a teoria de Afaf Meleis anteriormente referida, e prestando o melhor apoio emocional possível. O EEESIP torna-se assim um elemento essencial na satisfação das necessidades de conforto da criança e seus familiares por uma relação empática e comunicando de forma clara e acessível.

No que toca à temática do projeto de estágio, houve a necessidade de adaptação do mesmo, focando a intervenção do enfermeiro, em especial o EEESIP, após a necessidade expressada pelos profissionais da unidade na revisão da identificação, avaliação e atuação face a situações de maus-tratos, em especial no abuso sexual e a situações de risco que pudessem ser devidamente sinalizadas.

O abuso sexual surge como uma tipologia de maus-tratos, sendo caracterizado como o envolvimento da criança e jovem em atividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou indivíduo mais velho onde existe uma relação de poder e autoridade em que a criança não tem capacidade de compreender ou perceber que é vítima e consequentemente de dar o seu consentimento livre e esclarecido (DGS, 2011). Neste tipo de maus-tratos surgem sinais e sintomas como lesões externas nos órgãos genitais, presença de esperma no corpo, fissuras anais, prurido, dor e edema vaginal ou anal, lesões escrotais e do pénis, gravidez indesejada, IST's, entre outros, muitas destas identificadas no SUP (DGS, 2011). O abuso sexual pode passar por ações como o importunar a criança, obrigá-la a presenciar conversas ou espetáculos obscenos, introduzir objetos na via vaginal ou anal, utilizar fotografias ou filmagens e manipulação de órgãos sexuais (DGS, 2011), sendo punível pelo atual artigo 171º. do código penal. Atualmente, o abuso sexual é o tipo de maus tratos mais comum em vitimas do sexo feminino, nomeadamente entre os 14 e os 17 anos de idade, sendo praticado maioritariamente num contexto intrafamiliar por autores masculinos (APAV, 2021).

Como princípios orientadores da intervenção de enfermagem face aos maus tratos, é necessário ter em consideração o interesse superior da criança, a privacidade e intervenção mínima, a intervenção precoce, proporcional e atual, a responsabilidade parental, a obrigatoriedade de informação, a participação e acompanhamento e a subsidiariedade na intervenção aplicada, com o objetivo de proteger a criança e jovem, intervir na situação de risco de modo a prevenir o perigo e evitar a recorrência

da situação, utilizando para tal etapas de ação como a entrevista, a observação e a resposta ativa (DGS, 2008).

Os serviços de urgência tornam-se assim locais privilegiados na deteção de situações de maus-tratos, onde os profissionais lidam em primeira instância com estas situações delicadas. A DGS (2005), refere que são frequentes os pedidos de ajuda expressos e o atendimento a crianças e jovens com sinais ou sintomas de alerta exuberantes ou peculiares identificados pelos profissionais de saúde, sendo aqui a articulação com o Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NHACJR) essencial no apoio e acompanhamento destas crianças e famílias, pela elaboração de um plano de intervenção de apoio à família, a avaliação, acompanhamento e sinalização para outras identidades de intervenção (como por exemplo a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens – CPCJ). Aqui o papel do EEESIP informado e alerta (pela aquisição de competências especializadas) para as situações de maus-tratos infantis permite a atempada intervenção e resolução de situações alarmantes, sendo também capaz de discernir dentro da equipa multidisciplinar a pertinência de decisão de encaminhamento da criança para o NHACJR ou por sua vez para a CPCJ, na medida em que segundo o artigo 12º. da Lei no 147/99 (1999), as comissões de proteção de crianças e jovens são instituições oficiais, não judiciais, com autonomia funcional que visam promover os direitos da criança e do jovem e prevenir ou pôr termo a situações suscetíveis de afetar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral.

O interesse nesta temática em estudo ao longo do percurso de estágio, assim como o facto de no SUP existir uma enfermeira de referência que atua como elo de ligação ao NHACJR, permitiu-me face ao facto de não ter existido a possibilidade de lidar com casos clínicos de suspeitas de maus-tratos, o estudo e reflexão sobre a intervenção dos enfermeiros que exercem a sua prática neste serviço face a situações de maus-tratos. Assim pude constatar que existe uma norma de orientação clínica com um fluxograma delineado e revisto em 2020 que os enfermeiros apesar de saberem da sua existência, não sabiam concretamente qual o seu método de ação.

Face a esta situação realizei uma nova revisão da norma de orientação clínica em circulação e realizei um plano de sessão formativa (ver Apêndice XI) com o intuito de recordar a estes profissionais os vários tipos de maus-tratos, os seus sinais e sintomas e formas de atuação com base em protocolos internos do serviço em questão. A sessão foi realizada, focando especialmente o abuso sexual como aspeto

mais desenvolvido face às estatísticas atuais de Portugal (ver Apêndice XII). Foi também realizada a avaliação da sessão através de um questionário (ver Apêndice XIII) cujos resultados revelaram que todos os profissionais consideraram a formação pertinente, útil e potenciadora da aquisição de novos conhecimentos na temática.

Esta atividade permitiu-me alcançar competências como o orientar projetos institucionais na área de qualidade (B.1.2) e otimizar o trabalho de equipa adequando os recursos necessários ao cuidado (C.2.1).

Face à falta de material de apoio às criança e adolescentes vítimas de maus tratos, casos com que estes profissionais se deparam ocasionalmente, tive ainda a oportunidade de contactar o Instituto de Apoio à Criança (IAC) que forneceu material didático infantil, que foca de uma forma didática a prevenção dos maus-tratos na infância, através de contos, histórias e atividades como palavras cruzadas que promovem na criança o conhecimento de sinais de alarme face a estas situações, incluindo ainda uma secção final dedicada aos adolescentes, com enfoque no uso das tecnologias como recurso a pedidos de ajuda necessários. Assim, foram entregues ao serviço vários exemplares deste Livro Azul (Anexo I), que incluía estas atividades, e vários posters da instituição que focam de uma forma criativa e impactante os aspetos fulcrais desta temática em estudo a ser utilizados com crianças e jovens que passam pela unidade, como meio preventivo de situações de abuso.

A reflexão desta temática e a sua apropriação no SUP permitiu o desenvolvimento de competências específicas como o identificar situações de risco para a criança e jovem (nomeadamente nos maus-tratos, negligência e comportamentos de risco) (E.1.2.4) e o assistir a criança em situações de abuso, negligência e maus-tratos (E.1.2.6).

No SUP, cabe também ao Enfermeiro Especialista a realização da gestão da equipa de enfermagem, pelas três valências do serviço, delegando, orientando e supervisionando os cuidados prestados e garantindo a segurança e a qualidade dos mesmos, exigindo também de si a gestão de situações de urgência mais complexas, competências estas que tive oportunidade de observar, acompanhando a enfermeira orientadora e refletindo acerca das suas decisões clínicas. Estes cuidados vão ao encontro do desenvolvimento de competências comuns como o gerir os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde (C.1), na medida em que as competências de gestão de cuidados, demonstrada pelo EEESIP, neste contexto, permite-lhe intervir de forma rápida e dando uma resposta

eficaz aos problemas por ele identificados, possibilitando também a prevenção de possíveis focos de instabilidade e complicações para a saúde da criança/adolescente.

Como método de reflexão da prática realizei ainda um Jornal de Aprendizagem no final das horas de contacto de estágio, dando enfoque às aprendizagens desenvolvidas (ver Apêndice XIV).

2.4. Centro de desenvolvimento da criança

Neste local de estágio prestei cuidados num centro de desenvolvimento da criança, em que a escolha deste local se deveu ao facto de ser um meio privilegiado e reconhecido nacionalmente na prestação de cuidados de saúde a crianças e jovens com limitações físicas, sensoriais e intelectuais ou com atraso de desenvolvimento focando cuidados promotores de desenvolvimento e reabilitação e o ganho de competências especializadas neste âmbito.

Como objetivos específicos delineados para este local de estágio, foram propostos os seguintes: prestar cuidados especializados de enfermagem à criança/jovem e família com doença rara ou alterações do desenvolvimento; perceber a sensibilização da equipa de enfermagem na expressão da sexualidade no adolescente com doença rara.

O centro de desenvolvimento da criança onde realizei estágio é constituído por uma equipa multidisciplinar com foco nas especialidades da neuropediatria, desenvolvimento infantil, neonatologia e reabilitação. Existe ainda profissionais nas áreas de enfermagem, psicologia, educação especial, terapia da fala, ocupacional, sensorial e psicomotora, entre outros. Aqui são prestados cuidados à criança com doença rara, atraso ou risco de atraso de desenvolvimento e deficiência em variadas valências desde a sua referenciação e articulando as variadas áreas necessárias ao seu cuidado após uma avaliação cuidada por estes profissionais.

Em Portugal, segundo os censos de 2011, cerca de 18% da população manifesta algum tipo de limitação física, intelectual ou sensorial, inibindo a sua participação nas várias dimensões da sua vida e da cidadania em iguais circunstâncias, sendo essencial o desenvolvimento de condições para a sua participação (INR, 2019).

A inclusão completa dos cidadãos com atraso de desenvolvimento assim como o seu reconhecimento e promoção dos seus direitos fundamentais constituem uma

das grandes prioridades assumidas pelo governo constitucional, permitindo uma prestação de mais e melhores cuidados que garantam respostas de qualidade a tempo e a criação de mecanismos de apoio eficazes, simples e rápidos (INR, 2019).

Este é um dos grandes enfoques do centro de desenvolvimento da criança, o apoio a estas crianças e jovens tão diferentes, mas tão iguais em direitos e necessidades, respeitando as suas diferenças e promovendo a maximização da sua condição de saúde para a inclusão mais eficaz possível na sociedade através de uma intervenção precoce.

A referenciação da criança é realizada pelo internamento, unidades de cuidados intensivos ou por consulta médica, conforme o diagnóstico ou potencial risco de compromisso de desenvolvimento por doença rara ou prematuridade, havendo um seguimento não só por parte da equipa de enfermagem, mas também pela equipa médica (conforme a especialidade da patologia em questão), dos terapeutas, psicólogos, assistentes sociais e professores de educação especial.

A intervenção precoce na infância inclui um conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e sua família, inclui ações de natureza preventiva e reabilitativa no âmbito da educação, saúde e ação social a crianças com alterações nas suas funções, estruturas morfológicas ou com risco grave de atraso de desenvolvimento, que limitam a sua participação em atividades típicas de uma determinada faixa etária e contexto social. Este programa de intervenção é delineado pela ELI da área de residência (INR, 2019) e dá-se uma articulação recorrente com a equipa multidisciplinar e comunidade, prestando o apoio necessário de adaptação à realidade de saúde. Para esta articulação existe uma reunião semanal no centro, de modo a entender o acompanhamento que está a ser realizado e a sua eficácia, assim como a referenciação precoce de novos casos que se preveem necessitar de um acompanhamento mais específico.

A importância de intervir em idades precoces para prevenir ou apurar problemas de desenvolvimento é hoje um dado inquestionável e um direito de todas as crianças, em particular as mais vulneráveis. A investigação no âmbito das neurociências tem vindo a demonstrar que as experiências precoces têm um papel significativo no desenvolvimento cerebral e o papel dos pais e prestadores de cuidados demonstra uma influência direta no desenvolvimento do sistema nervoso central da criança, na medida em que crianças com história de complicações pré, peri ou pós-natais apresentam sequelas a nível cerebral com repercussões diretas no seu

desenvolvimento (ANIP, 2018). É neste enfoque que se demonstra o grau de importância do cuidado especializado prestado neste centro e nas intervenções colocadas em curso que em muito vão ajudar no percurso de um desenvolvimento favorável destas crianças. Conforme citado pelo INR (2019), estas intervenções podem focar-se em pontos como a identificação das crianças e famílias em risco, a vigilância e identificação de necessidades/recursos, articulação com comissões de proteção de crianças e jovens, e o facto de assegurarem processos de transição adequados para outros programas, serviços ou contextos educativos, articulando com os docentes das instituições de ensino onde se encontram.

Neste centro de desenvolvimento da criança, tanto a sala de espera como o corredor que leva ao gabinete de avaliação clínica representa-se num ambiente acolhedor, seguro e promotor do desenvolvimento através de figuras coloridas nas paredes e desenhos expostos no teto, permitindo logo de imediato à criança uma sensação de segurança e de um local potencial de brincadeira que permite, numa forma informal e descontraída, avaliar alguns critérios de desenvolvimento já atingidos. Existe aqui um circuito de circulação, onde num corredor apenas passam profissionais e noutro as crianças e famílias, que permite atingir uma sensação de maior tranquilidade sem muitos estímulos e passagem de muitos profissionais que muitas vezes podem associar a episódios dolorosos, demonstrando um especial cuidado nas emoções e sentimentos da criança e jovem que por ali passa.

As enfermeiras do centro, além da consulta de enfermagem em desenvolvimento infantil (que focam especialmente o desenvolvimento e crescimento da criança com doença rara, atraso de desenvolvimento e acompanhamento da criança referenciada para intervenção precoce) prestam ainda cuidados na sala de tratamentos, onde se realizam colheitas (sangue, urina, entre outros) e administração de terapêutica injetável.

Durante o meu percurso de estágio no centro de desenvolvimento da criança tive a oportunidade de acompanhar todas as enfermeiras que aqui prestam cuidados, observando e participando nos cuidados, refletindo de uma forma diária acerca da sua prática e intervenções, na medida em que a intervenção assertiva de promoção de desenvolvimento infantil da criança, o enfermeiro deve associar ao seu conhecimento o perfil de desenvolvimento da criança em questão, utilizando por base um instrumento de avaliação do desenvolvimento psicomotor fiável, seguro e de fácil utilização, aqui a escala de avaliação de desenvolvimento de *Mary Sheridan*

modificada. Assim, através da participação em consulta (com planeamento prévio e orientação da enfermeira orientadora) e sala de tratamentos pode desenvolver competências como o implementar e gerir em parceria, planos de saúde promotores de parentalidade e capacidade de gestão do regime da criança (E1.1), o diagnóstico precoce e intervenção nas doenças comuns e situações de risco (E1.2), a gestão diferenciada do bem-estar da criança e jovem, otimizando as respostas de saúde (E2.2), a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil (E3.1), a promoção da vinculação sistemática do RN (E3.2), a comunicação com a criança e família apropriada ao estágio de desenvolvimento e cultura (E3.3) e a promoção da autoestima e autodeterminação do adolescente nas suas escolhas de saúde (E3.4).

No que toca à saúde infantil, os enfermeiros assumem um papel preponderante na educação e aconselhamento aos pais, sendo da sua competência avaliar o estado de saúde, crescimento e nível de desenvolvimento da criança através das consultas de enfermagem. A criança pela sua condição humana e características incontornáveis é um ser vulnerável, não devendo ser descurada a sua vontade e interesse, mas consagrando-se o maior respeito e dever de lhe proporcionar condições favorecedoras de um desenvolvimento global, reconhecendo os prestadores de cuidados diretos como principais promotores deste desenvolvimento (OE, 2010).

Pelas habilidades cognitivo-morais da criança, as suas decisões são limitadas, havendo assim a obrigação de agir de forma a promover o Bem e salientando a preocupação máxima com a sua felicidade enquanto finalidade ética, atingida pelo seu desenvolvimento eficaz e saudável, um princípio que a carta dos direitos da criança defende (OE, 2011).

Pelas especificidades inerentes a uma criança com deficiência ou doença rara e por toda a componente psicológica que as mesmas acarretam, é-nos exigido enquanto enfermeiros um cuidado holístico de forma a podermos ajudar estas crianças e familiares a viverem de forma mais positiva possível com a sua condição, assumindo um papel de facilitador de informação e catalisador de mudança e desenvolvimento de estratégias internas.

Para esta avaliação e intervenção decorrer, as enfermeiras do centro apropriam-se de instrumentos de avaliação rigorosos e de simples aplicabilidade, conforme preconizado pela evidência científica. Assim, utilizando a escala de avaliação de desenvolvimento de *Mary Sheridan modificada*, conseguem de forma célere e eficaz avaliar em momento de consulta o desenvolvimento psicomotor e

aquisição de habilidades da criança até aos 5 anos. Esta avaliação por comparação a padrões de referência e ditos “normais”, pela sua aplicabilidade, tempo exigido e custo torna-se a de maior enfoque e pertinência na avaliação do desenvolvimento infantil em contexto de consulta de enfermagem (DGS, 2013). Aqui, o acompanhamento das aquisições de desenvolvimento deverá ser um processo flexível, dinâmico e contínuo semelhante ao processo maturativo da criança (DGS, 2013).

Além deste instrumento de avaliação é ainda utilizada o modelo de avaliação *Griffiths* por uma psicóloga capacitada para a sua utilização, tendo-me sido possível observar e conhecer a abrangência desta avaliação e a importância da mesma no desenvolvimento motor e de linguagem identificando potenciais casos de alerta. Pude também observar uma consulta de terapia da fala focada na articulação dos sons das palavras que possibilita um despertar na minha prática para identificar potenciais situações de alarme e as possíveis referenciações disponíveis.

Todos estes momentos de avaliação são iniciados no momento de contacto com a criança e família na sala de espera, através de um olhar atento às suas reações ainda fora do gabinete de consulta, sendo que este se traduz num local mais intrusivo, e posteriormente no gabinete, através da utilização de jogos e brincadeira.

Os gabinetes de consulta possuem também um ambiente promotor de desenvolvimento e seguro, permitindo utilizar o brincar terapêutico como meio de avaliação de certos parâmetros padronizados na escala de desenvolvimento saudável. Todo o momento de consulta é assim realizado numa interação entre o profissional, a criança e o seu familiar recolhendo informação e verificando pelo brincar e interação, o estágio de desenvolvimento atingido e identificando potenciais problemas, indo assim ao encontro das medidas preconizadas como eficazes e descritas pela literatura.

É então evidente, neste centro, que o enfermeiro desenvolve aqui um papel de suporte às famílias e seus papéis naturais de cuidadores e intervenientes na tomada de decisão construindo, com base nas suas próprias forças, conhecimentos e experiências, um cuidado complexo à criança que tem em consideração as suas necessidades e da respetiva família (Hockenberry, Wilson, & Rodgers, 2018). Como referido pela OE (2010) “promover o desenvolvimento infantil é ajudar a criança em parceria com a família, na sua circunstância de vida e no seu tempo, a desenvolver-

se dentro dos padrões esperados para a sua idade, respeitando o seu ritmo.” (p.71), evidenciando assim a filosofia de cuidados centrados na família.

A vulnerabilidade da criança com deficiência, doença rara ou em risco de desenvolvimento atípico potencia um aumento de stress parental, implicando um esforço suplementar na adaptação e organização familiar, sendo imprescindível a ajuda dos profissionais na aquisição de uma postura proactiva perante a sua situação clínica de modo a derrubar barreiras internas erguidas pelas limitações expostas. Assim, o reforço positivo de competências e qualidades da criança/jovem e dos seus familiares deverá ser uma constante, promovendo um aumento da sua vinculação (OE, 2010). Deve-se ainda apoiar nas potencialidades da criança/jovem com deficiência, promovendo-as junto dos pais e ajudando-os a reformular a ideia preestabelecida e associada a deficiência, facilitando assim a reorganização estrutural e facilitando o ambiente familiar que tanto contribui no desenvolvimento da criança através da identificação de recursos necessários e da canalização dos mesmos de forma adequada (OE, 2010).

Medidas bastante presentes no centro e colocadas em prática pelos enfermeiros para todo e qualquer procedimento que se desenrole na sala de tratamentos como a preparação da família para a utilização do EMLA® Creme como facilitador das várias colheitas de sangue que têm de realizar ou a distração da criança com vídeos e música, ou outros meios, baseados no seu estágio de desenvolvimento como métodos facilitadores na redução de ansiedade e medo face aos procedimentos realizados, foram evidentes na prestação de cuidados aqui realizada, apoiando-se na filosofia de cuidados não traumáticos.

Como destaque na formação dos profissionais, realço o dia do *Journal Club* (todas as quintas-feiras) onde, numa sessão de 30 minutos, são apresentados artigos científicos ou temas de interesse profissional que abrangem as várias especialidades e vertentes do cuidado prestado no centro, permitindo uma atualização constante de conhecimentos, uma prática com base na evidência científica e um momento de reflexão crítica das práticas diárias de todos os profissionais.

Com enfoque no desenvolvimento e reconhecimento de competências de enfermeiro especialista foi-me dado a oportunidade de participar nas sessões de formação do *Journal Club* – “*Sequencia rápida do exoma em contexto de cuidados intensivos*” (Anexo II) e na sessão de formação “*Grupo PEA – Projetos de investigação e educativos*” (Anexo III) apostando assim na formação enquanto profissional na área

onde me encontrava a prestar cuidados, permitindo-me o desenvolvimento de competências como a responsabilização por se tornar facilitador da aprendizagem, em especial em contexto de trabalho (D.2.1), permitindo também um maior suporte da sua prática clínica em evidência científica (D.2.2).

Com base na temática do meu projeto de estágio, fui também observando e refletindo acerca das atividades clínicas, em contexto de consulta de enfermagem e sala de modo reconhecer competências do cuidado não só à criança e jovem, mas compreendendo também a sua dinâmica familiar.

Assim, destaco a realização de uma sessão de sensibilização aos enfermeiros na temática do projeto após avaliação da necessidade dos mesmos. A equipa de enfermagem salientou a necessidade de desenvolvimento de competências para a abordagem à sexualidade do jovem com doença rara, deficiência ou atraso de desenvolvimento em ambiente de consulta, despertando em mim a necessidade de intervenção na eliminação do estigma relativo à negação da sexualidade destes jovens e no desenvolvimento de conhecimentos e competências na abordagem a estes indivíduos, com foco nesta temática. Assim, realizei um momento de sensibilização informal (pela falta de tempo disponível aos profissionais para uma sessão de formação) para a temática da promoção de uma sexualidade saudável, com base na evidência científica, evidenciando o desenvolvimento de competências de EE como a mobilização de conhecimentos e habilidades com foco na melhoria de cuidados (B.1.1), a avaliação da qualidade das práticas clínicas (B.2.1), o planeamento de programas de melhoria de cuidados (B.2.2) e liderança dos mesmos (B.2.3).

É importante na sensibilização desta temática entender que a diferença destas crianças e jovens é uma característica da pessoa e parte da sociedade humana, sendo relevante o reconhecimento dos seus direitos iguais aos outros e o respeito das suas diferenças como uma das condições das sociedades inclusivas, livres e democráticas, como é o caso de Portugal (INR, 2019).

A perceção de que a pessoa com deficiência é assexuada, hipersexuada, tem uma sexualidade disfuncional ou secundária é falaciosa, na medida em que são consideradas pessoas sexuadas, possuem sentimentos e querem demonstrá-los. Existem de fato limitações físicas, sensoriais e/ou intelectuais, que não podem ser consideradas como impedimento da expressão da sua sexualidade. O abuso sexual nesta população é ainda um risco existente por se encontrarem mais desprotegidos,

dependentes e vulneráveis, sendo que muitas vezes a percepção de sinais de abuso pode representar um esforço acrescido na compreensão destes comportamentos (INR, 2019).

Na prevenção do abuso sexual de crianças e jovens com deficiência é importante desenvolver um programa de promoção e educação para a saúde que visa o desenvolvimento de competências pessoais e sociais, assim como a promoção de uma vivência saudável da sua sexualidade. Muitas vezes é utilizado como estratégia o jogo como forma de intervenção e o desenvolvimento de um ambiente relacional integrador de vivências individuais e de grupo, facilitando a comunicação em torno da sexualidade (INR, 2019).

Conhecer, esclarecer e clarificar os mitos existente relativos à sexualidade da pessoa com deficiência é a base de desconstrução de ideias que contribuem para a discriminação das mesmas e *“(...) evidencia-se assim, o conceito da diversidade dos afetos e da sexualidade para definir as respostas sexuais de cada pessoa, única e singular, independentemente da deficiência.”* (INR, 2019, p.43).

Na abordagem da sexualidade da pessoa com deficiência é importante conversar e refletir acerca do assunto com a mesma, comunicando através da expressão do afeto e carinho de forma saudável e utilizando informações fáceis e simples de modo a reforçar competências e prevenir situações de risco. É importante a abordagem de temas como os direitos, o corpo, a privacidade, o toque, as emoções, os segredos e o uso correto de contraceptivos. Uma abordagem simples, com serenidade e sem preconceitos facilita o desenvolvimento da temática, de mostrando confiança, sigilo e respeito (INR, 2019).

Esta abordagem teórica e científica vem assim evidenciar a importância e necessidade de promover uma sexualidade saudável, como direito do jovem com deficiência ou com desenvolvimento atípico, encontrando-se o enfermeiro numa posição privilegiada de a desenvolver pela sua prestação de cuidados em ambiente de consulta e estabelecimento de uma forte relação terapêutica.

Refletindo sobre a experiência de contato e observação da prática destes profissionais, entendo que uma intervenção precoce de qualidade permite aumentar as probabilidades de se conseguirem resultados positivos em termos de desenvolvimento futuro, sendo que os programas com maior impacto são aqueles que potenciam competências dos pais e cuidadores como mediadores privilegiados na

promoção do desenvolvimento destas crianças por uma intervenção que visa aumentar a interação pais-criança e a sua ligação emocional.

O desafio desta intervenção assenta no tomar de decisão baseada no conhecimento das evidências e nas circunstâncias únicas que rodeiam cada criança e família, sendo esta a melhor forma de responder às suas necessidades específicas (ANIP, 2018).

Como método de reflexão da prática realizei ainda um Jornal de Aprendizagem dando enfoque às aprendizagens desenvolvidas, assim como as potenciais implicações na sexualidade destas crianças e jovens, realçando o papel do enfermeiro como potenciador de ganhos em saúde (ver Apêndice XV).

2.5. Internamento de pediatria

Este estágio foi realizado no serviço de internamento de pediatria oncológica, o serviço onde exerço funções, sendo a escolha deste local de estágio a mais indicada dada a problemática em estudo neste relatório e sendo este um serviço de eleição ao cuidado de enfermagem oncológico pediátrico, como serviço de referência nacional e, portanto, potenciador do ganho de competências especializadas de enfermagem.

Como objetivos específicos delineados para este local de estágio, foram propostos os seguintes: prestar cuidados especializados de enfermagem à criança/jovem e família em contexto de internamento; identificar necessidades e expectativas no domínio da sexualidade nos adolescentes com doença oncológica em contexto de internamento e hospital de dia; sensibilizar a equipa de enfermagem para a promoção de uma sexualidade saudável no adolescente com doença oncológica; e articular cuidados com a equipa de Oncosexologia do instituto.

O internamento e hospital de dia de pediatria oncológica inclui oito enfermeiros EEESIP, que prestam cuidados no diagnóstico e tratamento de crianças e jovens dos 0 aos 17 anos e 364 dias com patologia oncológica, em conjunto com uma equipa multidisciplinar de médicos, assistentes operacionais, fisioterapeutas, equipa de secretariado, dietista, psicóloga, educadoras e voluntários de animação.

É evidente a necessidade de cuidados e apoio à população infantojuvenil com este tipo de diagnóstico, sendo considerada uma patologia complexa, que necessita de cuidados em diversas vertentes, promovendo a importância do cuidado holístico de enfermagem não só às crianças/jovens mas também às suas famílias.

A vulnerabilidade acrescida destas crianças/jovens potencia também um aumento de stress parental, implicando um esforço suplementar na adaptação e organização familiar. Assim, o reforço positivo de competências e qualidades da criança/jovem e dos seus familiares deverá ser uma constante, promovendo um aumento da sua vinculação (OE, 2010). Isto vai ao encontro da mobilização dos referenciais teóricos de enfermagem, os CCF e a filosofia de cuidados não-traumáticos, sendo que as intervenções podem passar pelo preparar da criança e família para procedimentos ou intervenções físicas, o apoio na diminuição e eliminação da ansiedade. Existe a preocupação por parte dos profissionais, em caso de clientes não isolados, de os levar para uma sala de tratamentos, longe do quarto e do ambiente familiar assim como a aplicação de EMLA® Creme na preparação de procedimentos mais dolorosos e o uso de sedação vigiada em procedimentos invasivos como punções lombares, entubação nasogástrica, etc.

O espaço do serviço e interação vai ao encontro do modelo TEEP, tão importante no desenvolvimento do trabalho emocional por parte de enfermagem, na medida em que o ambiente físico constitui o primeiro impacto da criança e jovem face ao meio hospitalar. Um ambiente seguro assim como uma interação humano-afetiva levam a que a criança sintam o meio hospitalar como um local onde se sintam bem, seguros e “em casa” (Diogo, 2012, 2015).

A mobilização de interações e ações como o acolhimento, o cumprimentar, o expressar afeto, gerar um ambiente familiar, preservar a segurança no quarto, a sintonia com o mundo fantástico da criança, as despedidas calorosas e o uso de fotografias surgem como intervenções positivas neste âmbito por parte da equipa de enfermagem (Diogo, 2012, 2015).

Tendo em consideração a temática do meu projeto de estágio fui prestando cuidados e participando ativamente nas atividades clínicas em contexto de cuidados durante o internamento e permanência em ambulatório no serviço, considerando a situação clínica da criança e do jovem e compreendendo também a sua dinâmica familiar.

Atividades como a prestação de cuidados de enfermagem sob a orientação da enfermeira orientadora, mobilizando normas e protocolos do serviço e aprofundando conhecimentos atualizados sobre a prática destes profissionais, em especial acerca das implicações da doença oncológica na sexualidade destes adolescentes e considerando as necessidades e expectativas dos mesmos, permitiram a obtenção

respostas satisfatórias de saúde (OE, 2010). Aqui saliento a aquisição e desenvolvimento de competências especializadas como o reconhecer de situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte (E.2.1), a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas de saúde (E.2.2), a resposta as doenças raras com cuidados apropriados (E.2.3) e o promover da adaptação da criança/jovem e família a doença crônica, oncológica e incapacidade (E.2.5).

No que toca à abordagem ao adolescente, foi considerada a teoria de transições de Afaf Meleis, bastante evidente nos cuidados prestados de forma diária pelos profissionais do serviço, que em conjunto com a família e o adolescente, atuam como guias e fonte de conselhos científicos para uma maximização da sua saúde, estabelecendo com estes, e através das suas capacidades, novas estratégias no cuidar, considerando os processos de transição do desenvolvimento e de saúde-doença em curso.

O cuidar ao adolescente, em especial focando a promoção da sua sexualidade de uma forma saudável, foi identificada como uma grande lacuna nos cuidados prestados pela equipa que após a realização de questionários internos ao serviço (ver Apêndice XVI) de modo a identificar quais as práticas em uso pelos profissionais, revelou que não se sentiam confortáveis na abordagem da temática e que necessitavam de conhecimentos tanto na sexualidade como na abordagem ao adolescente e à sua família.

Assim, com base na evidência científica e nos focos identificados em serviço, iniciei a preparação de uma sessão formativa (ver Apêndice XVII) que abordasse a temática dos adolescentes (e as suas características diferenciadas) e a promoção da sua sexualidade, com foco no papel e nas intervenções de enfermagem com o objetivo de transmitir conhecimentos atuais à equipa de modo a capacitá-los para esta intervenção. Após a elaboração de um plano de sessão (ver Apêndice XVIII), implementação da sessão e de um questionário de avaliação de sessão (ver Apêndice XIX), foi possível averiguar, pelas respostas ao questionário, que a mesma foi bastante considerada pertinente, com utilidade na prática e contribuiu para a aquisição de novos conhecimentos, permitindo aos profissionais do serviço um novo olhar sobre o adolescente e o seu papel profissional na promoção de saúde dos mesmos.

O fato de ser um local onde exerço funções laborais e um local chave no desenvolvimento do meu projeto de estágio, permitiu-me ainda ter uma maior abertura

e confiança para o desenvolvimento das atividades propostas. Assim foquei-me também na elaboração de um caderno de orientações e normas *Scĺnico* (ver Apêndice XX) na intervenção de enfermagem no âmbito da oncosexologia do adolescente, dando visibilidade às intervenções e ações de enfermagem no cuidado ao adolescente na promoção da sua sexualidade saudável. Realizei ainda turnos de observação na clínica de oncosexologia do serviço de Radioterapia, focando os cuidados de oncosexologia aos utentes e seus parceiros e tornei-me, por convite da equipa multidisciplinar, elo de ligação da pediatria à equipa multidisciplinar de oncosexologia, permitindo-me um desenvolvimento futuro de competências nesta temática.

Estas atividades permitiram-me enquanto futuro EEESIP adquirir competências como a mobilização de conhecimentos e habilidades com foco na melhoria de cuidados (B1.1), a orientação de projetos institucionais de qualidade (B1.2), a avaliação da qualidade das práticas clínicas (B2.1), o planeamento de programas de melhoria de cuidados (B2.2) e liderança dos mesmos (B2.3), entre outras (C2.2; D1.1; D2.1; D2.2; D2.3).

Como enfermeiro do serviço, tive ainda a abertura para iniciar projetos como a integração do papel de enfermagem na consulta dos DUROS (doentes que ultrapassaram a realidade oncológica – doentes em remissão), iniciando o desenvolvimento de uma consulta de enfermagem com abordagem da oncosexologia nestes utentes. Estes são projetos pensados e percecionados pela equipa para uma futura implementação e desenvolvimento, sendo que como elo de ligação terei um papel preponderante no desenvolvimento dos mesmos.

Foco, em especial, o cuidado ao menino R., um adolescente de 14 anos, com quem após a realização deste estágio e por me ter tornado um elemento elo de ligação de oncosexologia tive a oportunidade de realizar a sua preparação para a conservação de esperma como método de conservação de fertilidade prévio ao inicio do seu tratamento com quimioterapia e radioterapia, permitindo-me colocar em prática os conhecimentos de entrevista com adolescente e face à temática em estudo de modo a conhecer os seus métodos de expressão de sexualidade e esclarecendo dúvidas e receios face às implicações futuras deste processo, também em parceria com a sua mãe, que teve conhecimento do objetivo da entrevista e apoiou todo o processo promotor de saúde. Esta ação veio potenciar o desenvolvimento de competências como o gerir em parceria, planos de saúde promotores de parentalidade

e capacidade de gestão do regime da criança (E1.1), a gestão diferenciada do bem-estar da criança e jovem, otimizando as respostas de saúde (E2.2), a promoção e adaptação da criança/jovem e família a doença crónica, oncológica, deficiência e/ou incapacidade (E2.5), a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil (E3.1), a comunicação com a criança e família apropriada ao estágio de desenvolvimento e cultura (E3.3) e a promoção da autoestima e autodeterminação do adolescente nas suas escolhas de saúde (E3.4).

A reflexão inerente a esta experiência de estágio permite-me avaliar a intervenção do enfermeiro de oncologia na sexualidade do adolescente como algo fulcral, tão pouco focado mas que permite ganhos em saúde e resultados positivos tanto na interação com os adolescentes e famílias como na diminuição ou preparação para a reabilitação de sequelas e potenciais problemas físicos e emocionais, tão caracterizantes da personalidade do jovem que cuidamos. O desafio desta prática assenta na sua apropriação e escolha de momento clínico, na medida em que existem ainda muitos entraves à sua concretização, em especial na presença de familiares, cabendo a cada profissional adequar estratégias de modo a implementar intervenções tão importantes ao desenvolvimento do jovem, mesmo com condição oncológica associada.

Como método de reflexão da prática realizei ainda um Jornal de Aprendizagem, dando enfoque às aprendizagens desenvolvidas, assim como as potenciais implicações na sexualidade destas crianças e jovens, realçando o papel do enfermeiro como potenciador de ganhos em saúde (ver Apêndice XXI).

2.6. Outros momentos

Durante a realização dos momentos de estágio, tive ainda a oportunidade de realizar outras atividades promotoras de aprendizagem, na medida em que complementaram a aquisição de conhecimentos e competências ligadas à temática em estudo e também ao papel do enfermeiro enquanto EE.

Assim, destaco a presença no webinar “(In)visibilidades da Saúde Sexual dos Homens em Portugal”, um webinar realizado pelo departamento de saúde sexual da Associação Portuguesa de Enfermeiros em parceria com a ESEL onde as temáticas discutidas por videoconferência passaram pela sexualidade, os seus mitos e tabus associados, os cuidados de saúde associados a sexualidade, o acesso dos homens

aos cuidados de saúde de sexualidade, as doenças sexuais e o papel da enfermagem nesta temática, a sexualidade masculina, em especial os tabus associados à mesma, com enfoque na homossexualidade e as representações sociais da temática, permitindo o desenvolvimento de novas aprendizagens e despertar para novas realidades dentro da temática da sexualidade, tendo considerado estes dois dias de formação como dias ricos e passíveis de reflexão sobre a sexualidade na atualidade, em especial no papel masculino (Anexo IV).

Destaco também a presença e participação no 1º. Congresso Internacional de Enfermagem da Criança e do Adolescente com o nome “*Acesso à Saúde de Qualidade e Promoção de Bem-estar*”, realizado pelo Departamento de Enfermagem da Criança e Jovem da ESEL de forma virtual, onde tive a oportunidade de assistir a conferências acerca dos cuidados à criança, jovem e suas famílias nomeadamente em temáticas como a transição para a parentalidade, a sexualidade na adolescência, a promoção de saúde nas crianças e jovens, o uso de tecnologias no desenvolvimento infantil, o acesso aos cuidados paliativos infantis, os efeitos da pandemia nas crianças jovens e suas famílias, as competências parentais e a segurança infantil em vários contextos em que a criança interage, permitindo-me a consolidação de conhecimentos na área da enfermagem de saúde infantil e em perspetivas face aos diferentes cuidados multidisciplinares prestados assim como o despertar para novas perspetivas de cuidado que permitiram a reflexão de situações diversas (Anexo V). Também aqui tive a oportunidade de submeter o resumo relativo ao meu *Protocolo Scoping Review*, tendo sido aceite para apresentação em momento de comunicação livre durante o congresso e publicação em *Ebook*. Foi uma experiência muito enriquecedora, tendo contribuído para o meu desenvolvimento enquanto EE, promotor e divulgador de conhecimento científico atual.

Considero estes dois eventos científicos de elevada importância no meu percurso de aprendizagem, na medida em que me permitiram desenvolver competências do EE tais como o deter consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro (D1.1), gerando respostas de adaptabilidade individual e organizacional (D1.2), pelo autodiagnóstico de necessidades de aprendizagem e formulação de estratégias que as consigam colmatar. Também considero a responsabilização por ser facilitador da aprendizagem (D2.1), suportando a prática clínica em evidência científica (D2.2), na medida em que tive a oportunidade de atuar como formador, gerir programas e dispositivos formativos, que favorecem a aprendizagem e habilidades

dos enfermeiros, dinamizando e incorporando o conhecimento com vista a ganhos de saúde e investigando e colaborando em estudos de investigação, organizando-os, interpretando-os e divulgando os resultados provenientes da evidência que contribuam para o desenvolvimento da disciplina de Enfermagem e prática especializada (D2.1.1, D2.1.2, D2.1.3, D2.1.4, D2.2.1, D2.2.2, D2.2.3, D2.2.4, D2.2.5, D2.2.6) (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

3. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O caminho até aqui desenvolvido, enquanto profissional e estudante que me permitiu a aquisição e desenvolvimento de competências de EE e EEESIP possibilitou a resposta a várias situações clínicas do cliente pediátrico e suas famílias pela tomada de decisão fundamentada e refletida, fomentando práticas seguras e especializadas. Este não é, no entanto, um caminho que se esgota aqui, na medida que se espera que o EEESIP desenvolva a sua capacidade de adotar novas metodologias e as transponha para a sua prática de cuidados que deverão impulsionar a melhoria da qualidade de cuidados prestados. Encontro-me, portanto, num processo constante de aprendizagem e aperfeiçoamento profissional.

Ao longo deste percurso formativo, contactando com os vários contextos de cuidado pediátrico, foi-me permitido desenvolver e adquirir novas competências, tanto comuns do especialista, como específicas do EEESIP, desenvolvendo também capacidades e habilidades que visam os padrões de qualidade de cuidados prestados. Destaco assim o foco de ação do EEESIP, segundo referido pelo Regulamento n.º 351/2015 (2015), que foca a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, orientações antecipatórias às famílias, a gestão do bem-estar da criança e jovem, a deteção precoce encaminhamento de situações que afetem negativamente a vida ou qualidade de vida dos mesmos (comportamentos de risco, suicídio, violência, gravidez indesejada, entre outros), a promoção da autoestima do adolescente e a progressiva responsabilização pelas suas escolhas de saúde. Os conceitos associados aos cuidados especializados passam por domínios como: a saúde da criança e do jovem (nomeadamente na adaptação de transições normativas e/ou acidentais; otimização do bem-estar físico, psicológico, intelectual, social e espiritual; e alcance do potencial próprio, sem dissociar o papel dos pais/família); a pessoa (aqui entendido como binómio – a criança/jovem e família – nomeadamente no alcance da sua autonomia e independência, através de um desenvolvimento saudável pela aquisição de capacidades e conhecimentos); o ambiente da criança e jovem (pelo foco de intervenção em estímulos ambientais, considerando fatores protetores e *stressores* associados às vivências da criança e jovem); os cuidados em si (que através de uma perspetiva centrada na parceria e nas famílias visam a aquisição de capacidades da criança/jovem para atingirem o seu potencial máximo de saúde); gestão de cuidados (pelo método de enfermeiro de referência para uma prestação de cuidados complexos

que promovam a satisfação da criança/jovem e suas famílias ponderando também a relação entre custos e benefícios dos mesmos); e o desenvolvimento de aprendizagens profissionais (através de conhecimentos e habilidades em consultas de vigilância de saúde infantil, avaliação de crescimento/desenvolvimento, antecipação e resposta a necessidades de saúde e ou situações de urgência/emergência).

Após reunir a melhor evidência relativa à promoção de uma sexualidade saudável nos adolescentes com doença oncológica assim como a articulação com as experiências de estágio e a prática analítica e reflexiva, culminando no meu desenvolvimento pessoal e profissional enquanto EEESIP, emergiu a necessidade da elaboração de um projeto futuro: a criação da consulta de enfermagem de oncosexologia para os adolescentes com doença oncológica ou sobreviventes (seguidos em Pediatria). Este projeto, a desenvolver num futuro próximo, deverá ser incluindo na consulta dos DUROS, que apresenta de momento apenas uma consulta médica com vista à implementação de uma consulta de vigilância de enfermagem. Este é o grande objetivo que advém do despertar desta temática estudada no relatório de estágio.

Tive ainda a oportunidade e integrar o Grupo de Investigação de Pediatria do instituto onde exerço funções e fui incluído na equipa multidisciplinar de oncosexologia, exercendo funções como elo de ligação entre a equipa e o internamento de pediatria, iniciando projetos e investigação na área oncológica, com foco na população pediátrica, permitindo a prestação de cuidados baseada na evidência científica mais recente e atualizada possível. Assim, tenciono dar continuidade à realização e publicação da Revisão *Scoping* iniciada no âmbito deste percurso. Numa fase posterior pretendo ainda fazer um estudo de investigação acerca das necessidades do adolescente com doença oncológica em internamento relativos à sua sexualidade, de modo a providenciar ferramentas de intervenção personalizada aos profissionais da área.

A continuidade de projetos académicos, pelo estudo de outras áreas e o aprofundamento do conhecimento pela ingressão num futuro programa de Doutoramento em Enfermagem passam também pelos meus planos futuros, de modo a dar continuidade à problemática em estudo e desenvolvendo novas ferramentas de aprendizagens, procurando também o meu desenvolvimento pessoal e profissional, na medida em que os padrões de qualidade nos cuidados especializados de

enfermagem surgem para os EEESIP como uma oportunidade e referencial para a prática especializada, estimulando a reflexão contínua acerca da qualidade do exercício profissional e apostando na melhoria contínua da qualidade dos cuidados (Regulamento n.º 351/2015, 2015).

As experiências referidas ao longo deste relatório permitiram também desenvolver a minha atividade de acordo com estes padrões de referência e foram enriquecedoras e fomentadoras de aprendizagem, mobilizando modelos e filosofias de enfermagem e perspetivando métodos de ação que me irão orientar no futuro enquanto futuro EEESIP. Destaco aqui a análise e reflexão como meio de atingir elevados níveis de julgamento crítico, essenciais à prática de excelência.

Também o destaque da problemática em estudo, visa dar resposta a um problema real da prática de cuidados de enfermagem, presente na vida de muitas crianças/jovens e familiares, sensibilizando os enfermeiros que prestam cuidados a esta população e munindo-os de ferramentas para a prestação de cuidados nesta área do cuidado, tornando-os mais competentes.

Considero assim, que os objetivos propostos foram alcançados, apesar da necessidade de adaptação dos mesmos à realidade não só dos contextos de estágio, mas também da situação pandémica que o país atravessava, obrigando a uma adaptação constante e adaptação do projeto.

Como EEESIP a prática difere dos enfermeiros generalistas, essencialmente em momentos de cuidados a criança/jovem e suas famílias pela satisfação da criança/jovem, na promoção da sua saúde, na prevenção de complicações, no alcance do bem-estar e autocuidado destes sujeitos, na adaptação as condições de saúde e na organização dos cuidados de enfermagem, detendo assim ferramentas, conhecimentos e habilidades especializadas que visam o bem-estar e a maximização da saúde e desenvolvimento da criança/jovem (Regulamento n.º 351/2015, 2015). Assim, a partir da prática clínica em estágio e pela prática reflexiva inerente ao papel de especialista, foi-me permitido o desenvolver de competências enquanto profissional detentor de intervenções avançadas com segurança, competência e satisfação da criança e sua família, procurando responder às necessidades das mesmas, no seu mundo global, removendo barreiras e aplicando instrumentos de gestão de cuidados. Este percurso foi essencial no meu desenvolvimento pessoal e profissional, contribuindo para a visibilidade da Enfermagem e melhoria dos cuidados prestados no nível do “saber estar” e do “saber fazer”. Acima de tudo, este cuidado

visa o melhor para as crianças e jovens da nossa sociedade, na medida em que todas precisam de amor e compreensão para um pleno e harmonioso desenvolvimento da sua personalidade.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I., & Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto - Enfermagem*, 14(3), 373–382. doi:10.1590/s0104-07072005000300008. Acedido em: 25.08.2021
- American Academy of Pediatrics. (2017). Promoting Healthy Sexual Development and Sexuality. In *American Academy of Pediatrics: Guidelines for Health Supervision of Infants, Bright Futures* (pp.217-227). USA: American Academy of Pediatrics.
- Associação Nacional de Intervenção Precoce. (2018). *Praticas recomendadas em intervenção precoce na infância: Um guia para profissionais* (2ª. Ed.). Coimbra: Associação Nacional de Intervenção Precoce.
- Associação Portuguesa de Apoio à Vítima. (2021). *Estatísticas APAV - Relatório Anual 2020*. Lisboa: Associação Portuguesa de Apoio à Vítima.
- Azevedo, I. (2015). O Cuidado Humano Transicional Como Foco da Enfermagem: Contributos das Competências Especializadas e Linguagem Classificada CIPE®. *Millenium*, 49 (jun/dez). 153-171.
- Brykczynski, K. (2004). Patricia Benner – De principiante a perito: excelência e poder na pratica clinica de enfermagem. In Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures: Lusociência.
- Cardoso, L. (2011). *Parentalidade e Problemas de Comportamento em Crianças do Pré- Escolar*. (Dissertação de Mestrado). Mestrado em Psicologia da Educação, Universidade da Madeira.
- Coughlin M., Gibbins S., Hoath S. (2009). Core measures for developmentally supportive care in neonatal intensive care units: theory, precedence and practice. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (10): 2239-2248. Acedido em: 05/09/2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2779463/>
- Decreto-Lei n. 147/99 (1999). Lei de protecção de crianças e jovens em perigo. Assembleia da República. *Diário da República*, I Série (No 204 de 01-09-1999), 6115-6132. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/581619>.
- Decreto-Lei n.º 74/2006 (2006). Regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Ministério da ciência, tecnologia e ensino superior. *Diário da*

- República. Série I-A (N.º 60 de 24-03-2006), 2242-2257. ELI: <https://data.dre.pt/eli/dec-lei/74/2006/03/24/p/dre/pt/html>
- Diogo, P. (2006). A vida emocional do enfermeiro: uma hipótese explicativa do processo emotivo-vivencial na prática de cuidados. Coimbra: Formasau
- Diogo, P. (2012). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica: Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. Lisboa: Lusociência.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica - Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. 2a Edição. Loures: Lusociência.
- Direção-Geral da Saúde. (2005). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais de saúde*. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2008). *Maus tratos em crianças e jovens: Intervenção da Saúde*, pp. 1-79.
- Direção-Geral da Saúde. (2011). *Maus tratos em crianças e jovens. Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*, pp. 1-61.
- Direção-Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. Lisboa: DGS.
- Direção-Geral da Saúde. (2018). Norma 002/2018 Sistemas de Triagem de Serviços Urgência. *Norma No 002/2018 de 09/01/2018*, 1–23. Disponível em: www.dgs.pt
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2021a). Documento Orientador Unidade Curricular Estágio com Relatório. 11º. Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. (2021b). *Regulamento de Mestrado em Enfermagem e Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização*. Lisboa: Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- Ferrari, A. (2020). Investigating sexuality in adolescents with cancer: patients talk of their experiences. *Pediatric Hematology and Oncology*.
- Freitas, A. (2010). Metodologia de projeto: Colectânea descritiva de etapas. *Percursos*, 1-37.
- Fundação Rui Osório de Castro. (2021). *Oncologia Pediátrica* [Web Page]. Acedido a 22 de Março de 2021. Disponível em: <https://froc.pt/oncologia-pediatica/>

- Greco, S. (2002). Sexuality Education and Counseling. *Rehabilitation Nursing*. p.507-541.
- Guimarães, M., Santos, I., Silva, L., Christoffel, M. & Silva, L. (2018). Parentalidade de pais de recém-nascidos hospitalizados por sífilis congênita à luz da teoria das transições. *Texto Contexto Enfermagem*, 27(4), pp. 1-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018001190017>
- Hockenberry, M. J., Wilson, D. (2014). *Wong – Enfermagem da Criança e do Adolescente*. (9a ed.). Loures: Lusociência
- Hockenberry, M., Wilson, D., & Rodgers, C. (2018). *Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Incrocci, L. (2017). Sexual consequences of pelvic radiotherapy. In Y. Reisman & W. Gianotten (Eds.), *Cancer, intimacy and sexuality: A practical approach*. Suíça: Springer. ISBN 978-3-319-43193-2.(p.71-75).
- Institute for Patient and Family Centered Care (2017). *Portal do: Institute For Patient - And Family – Centered Care* [Web Page]. Acedido em: 04.11.2021 Disponível em: <http://www.ipfcc.org/>.
- Instituto Nacional para a Reabilitação. (2019). *Guia pratico dos direitos das pessoas com deficiência em portugal*. [s.l]: Instituto Nacional para a Reabilitação.
- Jorge, A. (2004). *Família e Hospitalização da Criança*. Loures: Lusociência.
- Kelly, D. & Vougiokalous, S. (2017). The impact of cancer treatment on sexuality and relationships for teenage and young adult cancer survivors. In Y. Reisman & W. Gianotten (Eds.), *Cancer, intimacy and sexuality: A practical approach*. Suíça: Springer. ISBN 978-3-319-43193-2. (p. 249-255).
- Kerntopf, M., Lacerda, J., Fonseca, N., Nascimento, E., Lemos, I., Fernandes, G., & Menezes, I. (2016). Sexualidade na Adolescência: Uma revisão critica da literatura. *Adolescência e Saúde*. p.106-113.
- Leal, I., & Maroco, J. (2010). *Avaliação em sexualidade e parentalidade*. Porto: Legis Editora.
- Lew-Starowicz, M. (2017). Sexual consequences of cancer medication and cancer-related medication. In Y. Reisman & W. Gianotten (Eds.), *Cancer, intimacy and sexuality: A practical approach*. Suíça: Springer. ISBN 978-3-319-43193-2. (p. 89-97).
- Limoncin, E., Mollaioli, D., Ciocca, G., Gravina, G. & Jannini, E. (2017). Sexual consequences of chemotherapy. In Y. Reisman & W. Gianotten (Eds.), *Cancer*,

- intimacy and sexuality: A practical approach*. Suíça: Springer. ISBN 978-3-319-43193-2. (p. 77-82).
- Martins, L. (2017). *A gravidez e o casal – o impacto da transição para a parentalidade na vida conjugal e sexual do casal* (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10316/84202>
- Martins, T., & Silvino, Z. (2010). Um marco conceptual para o cuidado a criança hospitalizada à luz da teoria de Neuman. *Cogitare Enfermagem*, 15 (2), 340-344.
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and situation specific theories in nursing and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Mercadier, C. (2004). *O trabalho emocional dos prestadores de cuidados em meio hospitalar: O corpo, âmago da interacção prestador de cuidados-doente*. Loures: Lusociência.
- Nogueira, E., Alves, F., & Lobo, L. (2007). Ser adolescente - Um corpo que se transforma, uma imagem que se constrói: Educação para a sexualidade responsável em adolescentes. *Revista da associação portuguesa dos enfermeiros obstetras*. (8), 30-34.
- Ordem dos Enfermeiros (2010). Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Volume I. Cadernos OE, série I (3).
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros (2013). Guias orientadores de boa prática – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. *Cadernos OE*. Série 1 (6).
- Organização Mundial de Saúde. (2013). *Diagnóstico Laboratorial de Doenças Sexualmente Transmissíveis, incluindo o VIH*. Ministério da Saúde.
- Organização Mundial de Saúde. (2016). *Global Observatory for eHealth*. OMS.
- Peixoto, N., & Peixoto, T. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, Série IV (no11), 121–132. <https://doi.org/10.12707/RIV16030>
- Pender, N., Murdaugh, C., Parsons, M. (2011). *Health promotion in nursing practice*. (6ªed). New Jersey: Pearson Education. ISBN 978-0-13-509721-2
- Queirós, P. (2017). *Enfermagem de Prática Avançada: Ir ao cerne da questão*. Editorial.

- Registo Oncológico Regional do Norte. (2017). *Registo Oncológico Regional do Norte 2011*. Porto: Instituto Português de Oncologia do Porto.
- Regulamento n.º 351/2015 (2015). Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 119 de 22-06-2015), p. 16660-16665.
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 133 de 12-07-2018), p. 19192–19194.
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República*, 2.ª série (N.º 26 de 06-02-2019), 4744-4750.
- Reisman, Y & Gianotten, W. (Eds.). (2017). *Cancer, intimacy and sexuality: A practical approach*. Suíça: Springer. ISBN 978-3-319-43193-2.
- Resende, C., Martins, D., Faria, D., Taborda, A. (2017). Neurodesenvolvimento em Crianças Nascidas Pré-Termo de Muito Baixo Peso: Fatores de Risco Ambientais e Biológicos. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 48: 212-21. Acedido em: 05/09/2021. Disponível em: <https://actapediatrica.spp.pt/article/download/10366/9378>
- Santos, E., Marcelino, L., Abrantes, L., Marques, C., Correia, R., Coutinho, E. & Silva, A. (2007). Enfermagem avançada: um sentido para o desenvolvimento da profissão e da disciplina. *Servir*. 55, (1), 11-20.
- Serrano, M., Costa, A. & Costa, N. (2011). Cuidar em enfermagem: como desenvolver a(s) competência(s). *Revista de Enfermagem Referência*, nº3, pp.15-23. Acedido a 25.08.2021.
- Smith, M. (2020). *Nursing Theories and Nursing Practice*. Philadelphia: F. A. Davis.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures: Lusociência.
- Traa, M., Rutten, H. & Oudsten, B. (2017). The sexual consequences of cancer surgery. In Y. Reisman & W. Gianotten (Eds.), *Cancer, intimacy and sexuality: A practical approach*. Suíça: Springer. ISBN 978-3-319-43193-2. (p. 83-88).

- Veneroni, L., Bagliacca, E., Sironi, G., Silva, M., Casanova, M., Bergamaschi, L., Ferrarri, A. (2020). Investigating sexuality in adolescents with cancer: patients talk of their experiences. *Pediatric Hematology and Oncology*.
- Viatori, M. (2012). Testicular Cancer. *Seminars in Oncology Nursing*, 180-189.
- Watson, J. (2012). *Human Caring Science: A Theory of Nursing*. 2nd Edition. London: Jones and Bartlett Learning, LLC.

APÊNDICES

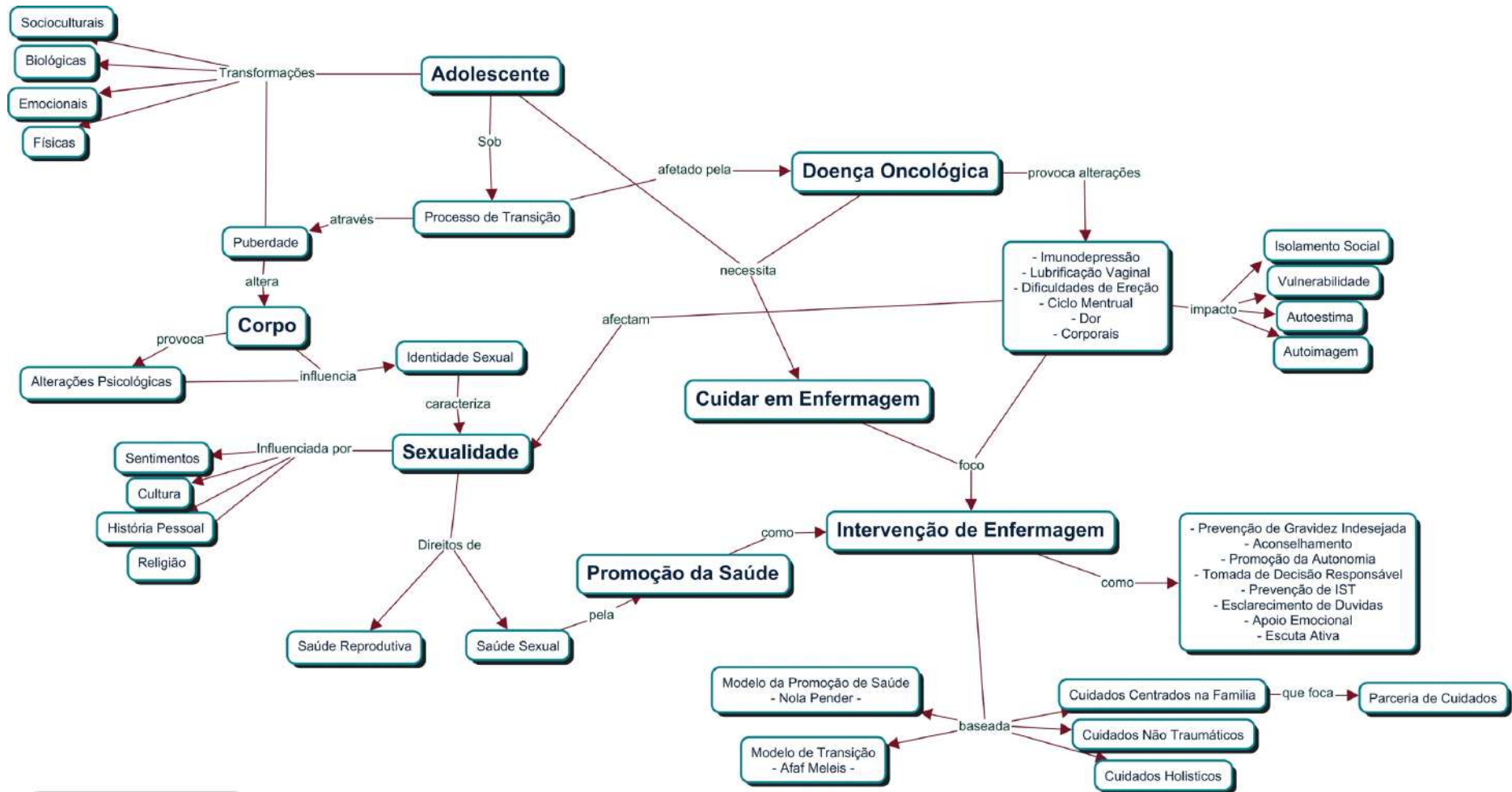
APÊNDICE I
Cronograma de Estágio

CRONOGRAMA DE ESTÁGIO

Mês	Novembro 2020		Dezembro 2020		Janeiro 2021				Fevereiro 2021				Março 2021				Abril 2021				Maio 2021								
Semana/Dias	23 29	30 6	7 13	14 20	21 27	28 3	4 10	11 17	18 24	25 31	1 7	8 14	15 17	18 21	22 28	1 7	8 14	15 21	22 28	29 4	5 11	12 18	19 25	26 2	3 9	10 16	17 23		
UCSP					FÉRIAS DE NATAL								FÉRIAS DE CARNAVAL							FÉRIAS DA PÁSCOA									
Neonatologia																													
SUP																													
Centro de Desenvolvimento Infantil																													
Internamento Pediatria																													

APÊNDICE II
Mapa de Conceitos

MAPA DE CONCEITOS



APÊNDICE III

Protocolo de Scoping Review “Intervenções de enfermagem na sexualidade do adolescente com doença oncológica: Um protocolo de scoping review”

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM NA SEXUALIDADE DO ADOLESCENTE COM DOENÇA ONCOLÓGICA: UM PROTOCOLO DE *SCOPING REVIEW*

INFORMAÇÃO DOS AUTORES

Miguel Negreiro - RN, MSN student, Portuguese Oncology Institute of Lisbon Francisco Gentil,—Paediatric service (negreiro.miguel@gmail.com)

RESUMO

Introdução: A doença oncológica, embora pouco frequente em idade pediátrica (incidência aproximada de 400 crianças e jovens por ano em Portugal) é a principal causa de morte não accidental infantojuvenil e tem ainda um impacto determinante no desenvolvimento psicossocial nos adolescentes. Os adolescentes, em consequência dos tratamentos implementados, enfrentam desafios e insatisfação nos domínios psicológicos e físicos da sexualidade. Por conseguinte, é prioritária a implementação de intervenções que empoderem o adolescente com doença oncológica na resposta às alterações sofridas na sexualidade e na prevenção das infeções sexualmente transmissíveis. Esta é uma responsabilidade dos enfermeiros, e um aspecto essencial do cuidado ao adolescente, contudo os estudos evidenciam que este é ainda um assunto tabu e de difícil abordagem face à situação clínica.

Objetivos: Esta *scoping review* pretende mapear o conhecimento existente acerca das intervenções de enfermagem realizadas com os adolescentes dos 10 aos 19 anos, com doença oncológica ou sobreviventes (incluindo indivíduos com doença oncológica atual ou até 5 anos após final de tratamento) no domínio da sexualidade nos vários contextos do dia-a-dia.

Metodologia: Scoping review seguindo as recomendações do *Joanna Briggs Institute*. Serão realizadas pesquisas sistemáticas em cinco bases de dados, a *CINAHL Complete*, *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *MEDLINE Complete*, *MedicLatina* e *Nursing & Allied Health: Comprehensive* para identificação de artigos publicados nos últimos 5 anos, em inglês, português e espanhol, de acordo com os critérios de inclusão estabelecidos. A seleção dos

artigos, a extração e a síntese dos resultados será realizada de forma independente por dois revisores.

Resultados: O mapeamento da evidência existente relativamente ao tema em estudo, permitirá a apresentação das intervenções de enfermagem utilizadas no domínio da sexualidade do adolescente com doença oncológica, o seu foco de ação e a respetiva pertinência, através de um resumo lógico e descritivo dos resultados obtidos.

Conclusões: Espera-se que este protocolo de *scoping review* constitua um ponto de partida para a análise crítica e reflexiva das atuais intervenções de enfermagem na promoção de uma sexualidade saudável no adolescente com doença oncológica, sendo imperativo que os enfermeiros atendam às necessidades e preocupações no domínio da sexualidade destes adolescentes. Esta revisão assume também um papel fundamental na orientação para a futura investigação científica do tema.

Palavras-chave: adolescente; enfermagem; oncologia; revisão; sexualidade.

INTRODUÇÃO

A doença crónica é definida pela OE (2011) como qualquer doença de evolução prolongada, que exige uma vigilância de saúde e tratamentos específicos, com vista a uniformizar um padrão de qualidade. Segundo Hockenberry & Wilson (2014), com o potencial para causar hospitalização por um período superior a um mês, ao longo de um ano, após diagnóstico.

A doença oncológica é rara, com uma incidência que aumenta de ano para ano e constitui uma das principais causas de morte infantil (Hockenberry, Wilson & Rodgers, 2018).

No que toca aos sobreviventes de doença oncológica, entende-se todos os indivíduos que sobreviveram cinco anos após o término de tratamentos, sem outras causas de morte associadas (Registo Oncológico Regional do Norte, 2017).

No que toca em particular à adolescência (o período que compreende dos 10 aos 19 anos) é a etapa de desenvolvimento da criança, na qual existe um desenvolvimento da identidade pessoal e sexual, independência da família e aprendizagem do pensamento abstrato (OMS, 2016). Contudo, em casos de doença crónica, incapacidade e deficiência, este estágio poderá ir até aos 21 anos, e/ou até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso (OE, 2011).

A doença crónica ou incapacidade, em especial a doença oncológica, tem variados efeitos potencialmente negativos no adolescente: um sentido de se considerar diferente dos seus pares e possuir uma capacidade menor de competição na aparência, capacidades e habilidades especiais; uma maior dependência por parte da família e oportunidades limitadas de emprego e carreira; oportunidades limitadas de amizades e discussão de preocupações do cariz sexual com os pares; uma maior preocupação com questões da razão da sua doença, da possibilidade de constituir família assim como uma maior dificuldade em atingir o pensamento abstrato por menos oportunidades de atingir as etapas anteriores de cognição (Hockenberry & Wilson, 2014).

Portugal em 2011 possuía uma incidência de doença oncológica em crianças dos 10 aos 14 anos de 16.4 por 100.000 habitantes por ano e de 27.9 por 100.000 habitantes por ano dos 15 aos 19 anos, constituindo em 2006 como causa de óbito 39 casos por 100.000 habitantes por ano dos 5 aos 14 anos e 69 casos por 100.000 habitantes por ano dos 15 aos 24 anos, prevendo ainda um crescimento destes números em anos futuros (Registo Oncológico Regional do Norte, 2017; DGS, 2006).

A doença oncológica e os respetivos tratamentos acarretam alterações dos ciclos menstruais, dificuldades de ereção, diminuição da lubrificação vaginal e

aumento de dor durante a prática sexual assim como hospitalizações frequentes, mudanças corporais (alopécia e mudanças recorrentes de peso) com impacto na autoestima e vulnerabilidade do adolescente que por si só promovem uma diminuição de interação com os seus pares e da criação de relações afetivas (Veneroni et al., 2020).

Estes fatores referidos junto ao isolamento social característico do adolescente para os seus cuidadores e equipa de saúde, tornam esta problemática ainda mais importante e com um impacto fulcral na criação da sua identidade e vida sexual, revelando a extrema necessidade de apoio por parte da equipa multidisciplinar.

O utente oncológico, revela-se ainda como um grupo de risco acrescido pelos isolamentos recorrentes, pela diminuição de imunidade característica da doença e tratamentos submetidos, sendo um grupo de maior risco a contrair infeções sexualmente transmissíveis.

A promoção e gestão de saúde face a determinadas condições patológicas passam pela tomada de ação para promover o empoderamento dos indivíduos, uma perceção antecipada da sua condição e uma gestão adequada da mesma através da educação dos indivíduos, incentivos e ferramentas de autocuidado e auto gestão (OMS, 2016).

A educação sexual nos indivíduos está diretamente ligada aos seus

comportamentos e estado de saúde através da influência do acesso à informação e o benefício de novos conhecimentos adquiridos para a adoção de comportamentos saudáveis no domínio da sexualidade (Ministério da Saúde, 2018).

Os direitos à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes são parte integrante dos direitos humanos e envolvem a vivência da sua sexualidade, autonomia e implicam práticas sexuais seguras e o uso de contraceção à sua disposição, sendo que o objetivo da saúde sexual vai mais além do aconselhamento e assistência relativamente a reprodução, pela prevenção de gravidez indesejada, e prevenção de infeções sexualmente transmissíveis, mas também na melhoria das relações pessoais, qualidade de vida através da preparação dos adolescentes para a fase adulta pela reflexão acerca de determinadas situações afetivas (Kerntopf et al., 2016).

A Educação Sexual surge aqui como um processo amplo, informal sistemático ou formal e intencional baseado no contexto do adolescente com vista a promoção de saúde e prevenção de comportamentos de risco e infeções sexualmente transmissíveis. Geralmente é nesta fase de vida que ocorre o início da vida sexual e torna-se crucial a consciencialização e esclarecimento de dúvidas de modo a evitar práticas desprotegidas e as suas consequências (Kerntopf et al., 2016).

A abordagem da sexualidade em adolescentes é realmente um assunto complicado de abordar, seja pela falta de conhecimento e tato perante este assunto delicado, seja por se tornar ainda um tabu e é raro encontrar um terapeuta sexual incluído na equipa multidisciplinar dos hospitais (Veneroni et al., 2020). Falar sobre expressão sexual implica falar abertamente de desejo sexual, função sexual, desejo afetivo, identificação de género e orientação sexual, sendo uma abordagem íntima, mas essencial no cuidado ao adolescente que caminha para a vida adulta (Veneroni et al., 2020).

Após uma pesquisa preliminar nas bases de dados CINAHL Complete, Cochrane Database of Systematic Reviews e MEDLINE Complete, não foi encontrada nenhuma revisão *scoping* sobre o tema.

Assim, o objetivo deste protocolo de revisão *scoping* será mapear as várias intervenções de enfermagem, utilizadas no cuidado ao adolescentes com doença oncológica focando o domínio da sexualidade saudável.

OBJETIVO

Este protocolo de revisão *scoping* tem como objetivo mapear as intervenções de enfermagem no domínio da sexualidade nos adolescentes dos 10 aos 19 anos com doença oncológica ou sobrevivente.

QUESTÃO DA REVISÃO

Quais as intervenções de enfermagem na sexualidade do adolescente com doença oncológica ou sobrevivente?

CRITÉRIOS DE INCLUSÃO

Participantes

Este protocolo de revisão *scoping* vai considerar estudos que incluam adolescentes, com diagnóstico de doença oncológica ou sobreviventes até cinco anos após fim de tratamentos.

Conceito

O presente protocolo pretende mapear as diferentes intervenções de enfermagem utilizadas na promoção de uma sexualidade saudável com foco na educação sexual face às alterações provocadas pela doença oncológica e respetivos tratamentos utilizados.

Contexto

Considerados estudos nos vários contextos que o adolescente interage, seja em regime de internamento, ambulatório ou no dia-a-dia dos adolescentes sobreviventes à doença oncológica até cinco anos após final de tratamento.

Tipos de Estudos

Para realização deste protocolo de revisão *scoping* foram considerados estudos primários e secundários, revisões sistemáticas, estudos qualitativos e quantitativos publicados em bases de dados

científicas, assim como literatura cinzenta recuperada da lista bibliográfica numa terceira fase de pesquisa.

METODOLOGIA

A revisão *scoping* proposta será conduzida de acordo com a metodologia do Instituto Joanna Briggs (Aromataris & Munn, 2020).

Estratégias de pesquisa

A estratégia de pesquisa foi delineada em três etapas. Numa primeira etapa, realizou-se uma pesquisa dos termos em linguagem natural, no motor de busca EBSCOHost web para acesso às bases de dados Academic Search Complete, CINAHL Complete, Cochrane Database of Systematic Reviews e MEDLINE Complete. Seguiu-se uma análise das palavras-chave dos artigos obtidos e dos termos indexados presentes nos mesmos. Em segundo lugar foi realizada uma pesquisa com utilização das palavras-chave e termos indexados identificados no MeSH (Medical Subject Headings) e na CINAHL Subject Headings (Anexo I).

Numa terceira etapa é analisada a bibliografia dos artigos selecionados de modo a identificar a necessidade de inclusão de literatura relevante, incluindo a não publicada. Poderá justificar-se o contacto com os autores, para a obtenção de bibliografia adicional.

A estratégia de pesquisa para a CINAHL Complete e para a MEDLINE Complete,

encontram-se representadas em anexo para referência (Anexo II).

Estas etapas serão realizadas por dois investigadores de forma simultânea com intenção de independência e redução de enviesamento.

Seleção dos Estudos

Dos todos os artigos encontrados será realizada uma análise conforme os critérios de inclusão e exclusão, através da avaliação do título e do *abstract* e realizada uma leitura na íntegra do artigo de modo a conferir a elegibilidade do mesmo. A seleção dos estudos deverá ser realizada por dois revisores, independentemente, com necessidade da intervenção de um terceiro se não existir consenso entre os dois na inclusão do estudo. Deverá ser realizada a leitura integral do artigo, uma vez que a faixa etária a que esta revisão de refere, por limitações das bases de dados, é impossível de balizar, assim como o tempo de final de tratamento à patologia oncológica.

EXTRACÇÃO DOS RESULTADOS

Esta etapa teria como propósito a obtenção de um resumo lógico e descritivo dos resultados obtidos que se relacionam com os objetivos e questões da revisão *scoping*. Foi então formulada uma tabela em que consta: Título do artigo; Autores; Ano de publicação; País de origem (onde o estudo foi conduzido ou publicado); Objetivo do

estudo; Tipo de estudo/metodologia; População (idade da população em estudo) e Conceito (aplicação móvel em estudo) apresentados por ordem de ano de publicação, do mais recente para o menos recente (Anexo III).

APRESENTAÇÃO DOS

RESULTADOS

No caso em estudo e considerando o objetivo de mapear as intervenções de enfermagem no domínio da sexualidade do adolescente com doença oncológica ou sobrevivente até cinco anos após final de tratamento, pretende-se a criação de uma tabela onde se incluíam as intervenções utilizadas, o foco de intervenção e qual a pertinência da mesma. Um resumo narrativo iria acompanhar a tabela em questão descrevendo os resultados e como se relacionariam com o objetivo e questão da revisão.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aromataris, E., & Munn, Z. (Eds.). (2020).

JBIM manual for evidence synthesis.

[s.l]: JBI. Disponível em:

[https://doi.org/10.46658/JBIMES-](https://doi.org/10.46658/JBIMES-20-01)

20-01

DGS. (2006). Risco de Morrer em Portugal.

Lisboa: Direcção-Geral de Saúde.

Hockenberry, M., & Wilson, D. (2014).

Wong - Enfermagem da Criança e do Adolescente.

Hockenberry, M., Wilson, D., & Rodgers,

C. (2018). *Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica.* Rio de Janeiro: Elsevier.

Kerntopf, M., Lacerda, J., Fonseca, N.,

Nascimento, E., Lemos, I., Fernandes, G., & Menezes, I. (2016). Sexualidade na Adolescência: Uma revisão crítica da literatura. *Adolescência e Saúde.* 106-113.

Ministério da Saúde. (2018). *Retrato da*

Saúde 2018. Lisboa: Ministério da Saúde.

Markowitz, J. T., Harrington, K. R., &

Laffel, L. M. (18 de setembro de 2013). Technology to Optimize Pediatric Diabetes Management and Outcomes. *Current Diabetes Reports*, pp. 877-885.

OE (2011). Regulamento das Competências

Específicas do Enfermeiro Especialista da Criança e Jovem.

OMS. (2016). *Global Observatory for*

eHealth. OMS.

Peters, M., Godfrey, C., McInerney,

P., Soares, C., Khalil, H., Parker, D. (2015). *The Joanna Briggs*

Institute Reviewers' Manual 2015: Methodology for JBI Scoping Reviews. Adelaide, SA Australia: The Joanna Briggs Institute.

Registo Oncológico Regional do Norte. (2017). Registo Oncológico Regional do Norte 2011. Porto: Instituto Português de Oncologia do Porto.

Registo Oncológico Regional do Norte. (2017). Sobrevivência Global. Porto: Instituto Português de Oncologia do Porto.

Veneroni, L., Bagliacca, E., Sironi, G., Silva, M., Casanova, M., Bergamaschi, L., Ferrarri, A. (2020). Investigating sexuality in adolescents with cancer: patients talk of their experiences. *Pediatric Hematology and Oncology*.

ANEXOS

ANEXO I - Linguagem Natural e Termos Indexados segundo PCC

	Linguagem Natural	Termos Indexados MEDLINE	Termos Indexados CINAHL
P	Child OR Teenager OR Adolescent Oncology OR Cancer OR Cancer Survivors	(MM "Adolescent") (MM "Child") (MM "Cancer Survivors") (MM "Oncology Nursing")	(MH "Adolescence") (MH "Child") (MH "Cancer Patients") (MH "Cancer Survivors") (MH "Oncology")
C	Sexuality OR Sexual Health Nursing OR Nursing Interventions	(MM "Sexuality") (MM "Sexual Health") (MM "Nursing")	(MH "Sexuality") (MH "Sexual Health") (MH "Nursing Interventions")
C	-----	-----	-----

ANEXO II – Estratégia de pesquisa para a CINAHL Complete e para a MEDLINE Complete

CINAHL Complete		
#	Expressão de pesquisa	Número de Resultados
1	(MH “Cancer Patients”) OR (MH "Cancer Survivors") OR (MH “Oncology”)	55.426
2	(MH “Sexuality”) OR (MH “Sexual Health”)	35.883
3	(MH “Nursing Interventions”)	8.654
4	(MH "Adolescence+") OR (MH "Child+") OR Adolescent* OR Child*	1.116.933
5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	1
MEDLINE Complete		
#	Expressão de pesquisa	Número de Resultados
1	(MM "Cancer Survivors") OR (MM “Oncology Nursing”)	8.756
2	(MM “Sexuality”) OR (MM “Sexual Health”)	5.261
3	(MM “Nursing”)	25.635
4	(MM "Adolescent") OR (MM "Child") OR Adolescent* OR Child*	3.847.301
5	#1 AND #2 AND #3 AND #4	0

ANEXO III – Tabela de Extração de Resultados

Título do Artigo	
Autor (Ano de publicação)	
Pais de origem	
Objetivo(s)	
Tipo de estudo/Metodologia	
População	
Intervenções Identificadas	
Pertinência da Intervenção	

**Anexo IV – Extração do histórico de pesquisa das bases de dados CINAHL complete e
Medline Complete**



Sunday, October 25, 2020 6:57:26 PM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	1
S4	MH adolescence OR MH child OR adolescent* OR child*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	1,116,933
S3	MH nursing interventions	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	8,654
S2	MH sexuality OR MH sexual health	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	35,883
S1	MH cancer survivors OR MH cancer patients OR MH oncology	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - CINAHL Complete	55,426



Sunday, October 25, 2020 6:54:56 PM

#	Consulta	Limitadores / Expansores	Última Execução Por	Resultados
S5	S1 AND S2 AND S3 AND S4	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	0
S4	MM adolescent OR MM child OR adolescent* OR child*	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	3,847,301
S3	MM nursing	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	25,635
S2	MM sexuality OR MM sexual health	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	5,261
S1	MM cancer survivors OR MM oncology nursing	Expansores - Aplicar assuntos equivalentes Modos de pesquisa - Booleana/Frase	Interface - EBSCOhost Research Databases Ecrã e Pesquisa - Pesquisa Avançada Base de dados - MEDLINE Complete	8,756

APÊNDICE IV
Guia Orientador de Atividades de Estágio



Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediátrica

Guia Orientador
das Atividades de Estágio

**Cuidar do adolescente com doença oncológica:
Intervenções do enfermeiro na promoção de uma
sexualidade saudável**



Professor Orientador:
Professora Sónia Patrícia Lino Borges Rodrigues



Lisboa
2020

RESUMO

A doença oncológica possui uma forte morbilidade e mortalidade nas crianças e jovens em Portugal, com um impacto negativo na sua vida tanto a nível pessoal como familiar, mesmo após o término de tratamentos implementados. O adolescente com diagnóstico oncológico, em especial, acarreta momentos de transição associadas ao seu processo de desenvolvimento, nomeadamente na expressão da sua sexualidade, que fica comprometida dadas as alterações decorrentes dos tratamentos, mudanças físicas, psicológicas e ambientais no processo de saúde-doença. Como tal, é necessário priorizar as intervenções de saúde nos adolescentes com doença oncológica neste domínio, criando estratégias de intervenção nas alterações provocadas pela vivência da doença oncológica na sexualidade do adolescente. Intervenções no domínio da promoção de uma sexualidade saudável, na prevenção de gravidez indesejada, na prevenção de IST's e no empoderamento e autogestão das alterações provocadas pelos tratamentos oncológicos enfatizam assim o papel do enfermeiro, em especial o Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria no cuidar ao adolescente num processo de transição sensível. O presente projeto de estágio, realizado no âmbito do 11º Mestrado e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria pretende de uma forma metodológica e reflexiva analisar e identificar as competências de E.E. e E.E.S.I.P. a atingir ao longo do decorrer dos estágios a realizar futuramente, com enfoque na atuação da promoção de uma sexualidade saudável nos adolescentes com doença oncológica.

PALAVRAS-CHAVE: Adolescente; Enfermagem; Oncologia; Promoção da Saúde; Sexualidade.

IDENTIFICAÇÃO DO PROJETO

- a) **Título:** Cuidar do adolescente com doença oncológica: Intervenções do enfermeiro na promoção de uma sexualidade saudável.
- b) **Data de início:** O projeto terá início a 23 de Novembro de 2020 e decorrerá até 23 de Maio de 2021, data de entrega do relatório de estágio final, excluindo pausas letivas e de elaboração do documento escrito de relatório de estágio final.
- c) **Duração:** 18 semanas com interrupções letivas e de tempo de elaboração de documento escrito de relatório de estágio final.
- d) **Palavras-Chave:** Adolescente; Doença Oncológica; Intervenção de Enfermagem; Promoção da Saúde; Sexualidade.
- e) **Contactos:** Miguel Negreiro – mnegreiro@campus.esel.pt ([REDACTED]); Professora Sónia Rodrigues – srodrigues@esel.pt ([REDACTED])

MODELOS E FILOSOFIAS TEÓRICAS

A filosofia de cuidados centrados na família, que engloba a teoria da parceria de cuidados e na qual assenta os seus ideais, surge como pilar aos cuidados pediátricos e reconhece a família como constante na vida da criança e implica um cuidado com uma abordagem de planeamento, oferta e avaliação de cuidados de saúde baseada em parcerias mutuas entre profissionais de saúde, utentes e famílias (Hockenberry, Wilson, & Rodgers, 2018).

O cuidado não traumático, como filosofia de cuidados de enfermagem pediátricos, passa pela prestação de cuidados terapêuticos em determinados ambientes pela equipa de saúde através de intervenções que diminuem ou eliminam o sofrimento psicológico e físico das crianças e respetivas famílias, sendo um dos pilares dos cuidados de enfermagem em saúde infantil e pediatria (Hockenberry, Wilson, & Rodgers, 2018).

Face à temática do projeto torna-se essencial referir ainda o referencial teórico de Afaf Meleis, o modelo de transição, que considera que um acontecimento na saúde da pessoa e da sua família ou cuidador é por si só um fenómeno que vai desencadear mudanças na vida do individuo, na medida em que a forma como o sujeito se

perceção previamente à condição de alteração é mudada, provocando a vivência de um processo de transição (Meleis, 2010).

O modelo de promoção de saúde desenvolvido por Nola Pender vem também, no âmbito do projeto em questão, dar resposta à arte do cuidar de Enfermagem com o objetivo final de ajudar o outro a cuidar de si próprio (Tomey & Alligood, 2004).

OBJETIVOS E ATIVIDADES

De forma a atingir a finalidade do projeto de estágio e com base na metodologia de projeto, foram estabelecidos dois objetivos gerais:

- a) Desenvolver competências especializadas no exercício profissional de enfermagem à criança, jovem e família nos seus processos de saúde-doença em diferentes etapas do desenvolvimento;
- b) Desenvolver competências do exercício profissional do enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria no âmbito da promoção de uma sexualidade saudável no adolescente.

Para tal, foi ainda delineado para cada contexto de estágio objetivos específicos e atividades a desenvolver, assim como a descrição da sua avaliação através da obtenção de competências enunciadas no Regulamento de Competências Comuns do Enfermeiro Especialista e Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica indicadas pelos respetivos pontos e numeração através da apresentação da tabela que se segue.

Local de Estágio: Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados de [REDACTED]			Duração: 4 semanas
Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Atividades	Avaliação
a	- Prestar cuidados especializados de Enfermagem à criança/jovem e família em contexto comunitário.	- Prestação de cuidados nas consultas de enfermagem de saúde infantil e juvenil sob a orientação de enfermeiro perito. - Consulta de normas e protocolos relacionados com a prática de enfermagem. - Mobilização e aprofundamento de conhecimentos adquiridos.	Competências do EE: A1.1 (A1.1.1; A1.1.2; A1.1.3; A1.1.7), A1.2 (A1.2.2; A1.2.3; A1.2.4), A1.3 (A1.3.2), A2.1 (A2.1.1; A2.1.2; A2.1.3; A2.1.5), A2.2 (A2.2.2).
a e b	- Avaliar a sensibilização da equipa de Enfermagem para a importância da expressão da sexualidade no adolescente.	- Avaliação com equipa de enfermagem relativamente aos conhecimentos e intervenções no domínio da expressão da sexualidade no adolescente utilizados na prestação de cuidados de modo a identificar lacunas neste domínio. - Realização de uma sessão formativa à equipa de enfermagem no âmbito do estigma e/ou intervenções de promoção de uma sexualidade saudável no adolescente, se pertinente.	B1.1, B2.1, B2.2, B2.3 (B2.3.2), B3.1, B3.2 (B3.2.1; B3.2.2) C1.1, C1.2 (C1.2.2; C1.2.3; C1.2.4), C2.1, C2.2 (C2.2.1; C2.2.2; C2.2.3; C2.2.5)
a e b	- Capacitar o adolescente para a expressão da sua sexualidade e prevenção de comportamentos de risco.	- Prestação de cuidados promotores de uma sexualidade saudável no adolescente com base nos modelos de enfermagem de Nola Pender e Afaf Meleis, identificando alterações na respetiva necessidade humana fundamental. - Participação na consulta do adolescente e planeamento familiar, permitindo espaço e encorajando a expressão da sexualidade, dúvidas e receios presentes. - Mobilização de meios informativos existentes relativamente aos comportamentos de risco inerentes a uma sexualidade desinformada para capacitação dos adolescentes.	D1.1, D1.2, D2.1, D2.2, D2.3 Competências do EESIP: E1.1 (E1.1.1, E1.1.2, E1.1.3, E1.1.4, E1.1.5, E1.1.6, E1.1.7, E1.1.8), E1.2 (E1.2.1, E1.2.3, E1.2.4, E1.2.5, E1.2.7, E1.2.8) E2.2 (E2.2.1) E3.1, E3.3, E3.4

Local de Estágio: [REDACTED] – Serviço de Neonatologia			Duração: 4 semanas
Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Atividades	Avaliação
a	- Prestar cuidados especializados de Enfermagem ao RN e família em contexto de Neonatologia.	- Prestação de cuidados de enfermagem ao RN e família sob a orientação de enfermeiro perito. - Consulta de normas e protocolos relacionados com a prática de enfermagem. - Mobilização e aprofundamento de conhecimentos adquiridos.	Competências do EE: A1.1 (A1.1.1; A1.1.2; A1.1.3; A1.1.7), A1.2 (A1.2.2; A1.2.3; A1.2.4), A1.3 (A1.3.2), A2.1 (A2.1.1; A2.1.2; A2.1.3; A2.1.5), A2.2 (A2.2.2). B1.1, B2.1, B2.2, B2.3 (B2.3.2), B3.1, B3.2 (B3.2.1; B3.2.2) C1.1, C1.2 (C1.2.2; C1.2.3; C1.2.4), C2.1, C2.2 (C2.2.1; C2.2.2; C2.2.3; C2.2.5) D1.1, D1.2, D2.1, D2.2, D2.3 Competências do EESIP: E1.1 (E.1.1.1, E1.1.2, E1.1.3, E1.1.4, E1.1.5, E1.1.6, E.1.1.7), E1.2 (E1.2.1, E1.2.2., E1.2.8) E2.1, E2.2, E2.3, E2.5 (E2.5.1, E2.5.3, E2.5.4, E2.5.5, E2.5.6) E3.1, E3.2, E3.3
a e b	- Perceber a sensibilização da equipa de enfermagem face à promoção da sexualidade saudável na transição para a parentalidade.	- Averiguar junto dos profissionais da unidade a pertinência da promoção de uma sexualidade saudável nos pais e quais as estratégias implementadas.	
a e b	- Avaliar os receios presentes nos pais face ao novo papel parental, em especial na sua sexualidade e vida conjugal.	- Avaliação junto dos pais e/ou equipa multidisciplinar as necessidades e espetativas no âmbito da sexualidade no processo de transição para a parentalidade identificados pelos utentes. - Realização de jornal de aprendizagem com foco nas reflexões na transição para a parentalidade e impacto da mesma na vida conjugal e sexual do casal.	

Local de Estágio: – Urgência Pediátrica		Duração: 4 semanas	
Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Atividades	Avaliação
a	- Prestar cuidados especializados de Enfermagem à criança/jovem e família em contexto de urgência pediátrica.	- Prestação de cuidados de enfermagem sob a orientação de enfermeiro perito em contexto de urgência pediátrica (U.P.). - Consulta de normas e protocolos relacionados com a prática de enfermagem. - Mobilização e aprofundamento de conhecimentos adquiridos.	Competências do EE: A1.1 (A1.1.1; A1.1.2; A1.1.3; A1.1.7), A1.2 (A1.2.2; A1.2.3; A1.2.4), A1.3 (A1.3.2), A2.1 (A2.1.1; A2.1.2; A2.1.3; A2.1.5), A2.2 (A2.2.2). B1.1, B2.1, B2.2, B2.3 (B2.3.2), B3.1, B3.2 (B3.2.1; B3.2.2) C1.1, C1.2 (C1.2.2; C1.2.3; C1.2.4), C2.1, C2.2 (C2.2.1; C2.2.2; C2.2.3; C2.2.5) D1.1, D1.2, D2.1, D2.2, D2.3 Competências do EESIP: E1.1 (E.1.1.1, E1.1.2, E1.1.3, E1.1.4, E1.1.5, E1.1.6, E.1.1.7, E1.1.9, E1.1.10), E1.2 E2.1, E2.2, E2.3, E2.5 (E2.5.1, E2.5.3, E2.5.4, E2.5.5, E2.5.6) E3.1, E3.3, E3.4
a e b	- Discutir com a equipa de Enfermagem acerca da importância da intervenção de enfermagem face à criança/jovem vítima de abuso sexual.	- Mobilização de normas/protocolos de ação face a vítimas de abuso sexual, se existentes. - Avaliação com a equipa de enfermagem relativamente ao conhecimentos e intervenções no domínio da prevenção de comportamentos de risco na sexualidade no adolescente e identificação de vítimas de abuso sexual na prestação de cuidados de modo a identificar lacunas neste domínio. - Apresentação de meios informativos existentes na prestação de cuidados a vítima de abuso sexual. - Articulação em contexto de cuidados com o núcleo de apoio à criança e jovem em risco. - Realização de uma sessão formativa à equipa de enfermagem no âmbito do estigma e/ou intervenções face a identificação de uma vítima de abuso sexual, se pertinente.	

Local de Estágio: – Centro de Desenvolvimento da Criança			Duração: 2 semanas
Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Atividades	Avaliação
a	- Prestar cuidados especializados de Enfermagem à criança/jovem com doença rara ou alterações do desenvolvimento.	- Observação participativa sob a orientação de enfermeiro perito em contexto de consulta de desenvolvimento infantil. - Consulta de normas e protocolos relacionados com a prática de enfermagem. - Mobilização e aprofundamento de conhecimentos adquiridos. - Aplicação da escala modificada de Mary Sheridan nas consultas de desenvolvimento infantil.	Competências do EE: A1.1 (A1.1.1; A1.1.2; A1.1.3; A1.1.7), A1.2 (A1.2.2; A1.2.3; A1.2.4), A1.3 (A1.3.2), A2.1 (A2.1.1; A2.1.2; A2.1.3; A2.1.5), A2.2 (A2.2.2). B1.1, B2.1, B2.2, B2.3 (B2.3.2), B3.1, B3.2 (B3.2.1; B3.2.2) C1.1, C1.2 (C1.2.2; C1.2.3; C1.2.4), C2.1, C2.2 (C2.2.1; C2.2.2; C2.2.3; C2.2.5) D1.1, D1.2, D2.1, D2.2, D2.3 Competências do EESIP: E1.1 (E.1.1.1, E1.1.2, E1.1.3, E1.1.4, E1.1.5, E1.1.6, E.1.1.7, E1.1.9, E1.1.10), E1.2 (E1.2.1, E1.2.3, E1.2.7, E1.2.8) E2.2, E2.3, E2.4, E2.5 E3.1, E3.3, E3.4
a e b	- Perceber a sensibilização da equipa de enfermagem na expressão da sexualidade no adolescente com doença rara.	- Mobilização de conhecimentos e bibliografia face a implicação das patologias mais comuns na expressão da sexualidade do adolescente. - Avaliação em contexto de prestação de cuidados a adolescentes as necessidades e expetativas na expressão da sua sexualidade. - Realização de uma sessão de sensibilização face a temática com a equipa de enfermagem. - Realização de um jornal aprendizagem que foque todos os aspetos acima citados analisando de forma crítica e reflexiva a prática de cuidados neste contexto e os contributos para a aprendizagem do aluno.	

Local de Estágio: ██████████ – Internamento de Pediatria			Duração: 4 semanas
Objetivos Gerais	Objetivos Específicos	Atividades	Avaliação
a	- Prestar cuidados especializados de Enfermagem à criança/jovem e família em contexto de Internamento.	- Prestação de cuidados de enfermagem sob a orientação de enfermeiro perito em contexto de internamento pediátrico. - Consulta de normas e protocolos relacionados com a prática de enfermagem. - Mobilização e aprofundamento de conhecimentos adquiridos. - Prestação de cuidados promotores de uma sexualidade saudável no adolescente com base nos modelos de enfermagem de Nola Pender e Afaf Meleis, identificando alterações na respetiva necessidade humana fundamental. - Projeção de implementação e utilização de diagnósticos de enfermagem relativos à sexualidade em SClinic, segundo normas CIPE. - Realização de um Jornal de Aprendizagem com enfoque na análise crítica e reflexiva das aprendizagens retidas desta experiência e reconhecimento de competências de enfermeiro especialista.	Competências do EE: A1.1 (A1.1.1; A1.1.2; A1.1.3; A1.1.7), A1.2 (A1.2.2; A1.2.3; A1.2.4), A1.3 (A1.3.2), A2.1 (A2.1.1; A2.1.2; A2.1.3; A2.1.5), A2.2 (A2.2.2). B1.1, B2.1, B2.2, B2.3 (B2.3.2), B3.1, B3.2 (B3.2.1; B3.2.2) C1.1, C1.2 (C1.2.2; C1.2.3; C1.2.4), C2.1, C2.2 (C2.2.1; C2.2.2; C2.2.3; C2.2.5) D1.1, D1.2, D2.1, D2.2, D2.3 Competências do EESIP: E1.1 (E.1.1.1, E1.1.2, E1.1.3, E1.1.4, E1.1.5, E1.1.6, E.1.1.7, E1.1.9, E1.1.10), E1.2 (E1.2.2, E1.2.3, E1.2.4, E1.2.5, E1.2.6, E1.2.7, E1.2.8) E2.1, E2.2, E2.3, E2.4, E2.5 E3.1, E3.3, E3.4
a e b	- Identificar necessidades e expetativas no domínio da sexualidade nos adolescentes com doença oncológica em contexto de Internamento e Hospital de Dia.	- Mobilização de conhecimentos e bibliografia face a implicação da patologia oncológica na expressão da sexualidade do adolescente. - Avaliação na prestação de cuidados a adolescentes as necessidades e expetativas relativas à sua patologia oncológica na expressão saudável da sua sexualidade.	
a e b	- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a promoção de uma sexualidade saudável no adolescente com doença oncológica.	- Realização de sessão formativa e de sensibilização à equipa de enfermagem no âmbito das intervenções da promoção de uma sexualidade saudável no adolescente com doença oncológica. - Implementação de ensinios face à promoção de uma sexualidade saudável no adolescente com doença oncológica, após articulação com a equipa médica responsável e equipa de enfermagem, no momento de uma primeira alta clínica, a averiguar pela instituição.	
a e b	- Articular cuidados com a equipa de Oncosexologia do ████████	- Observação dos cuidados prestados pela equipa de oncossexologia no contexto de Radioterapia de adultos em articulação com a equipa multidisciplinar e com foco no papel do enfermeiro.	

CRONOGRAMA

Como instrumento facilitador apresento de seguida um cronograma específico para o local de estágio em questão que permita a organização do aluno e orientador com base nos turnos estipulados e atividades a desenvolver, assim como momentos de avaliação.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Hockenberry, M., Wilson, D., & Rodgers, C. (2018). Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Meleis, A. I. (2010). Transitions Theory: Middle-Range and situation specific theories in nursing and practice. New York: Springer Publishing Company.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). Loures: Lusociência.

APÊNDICE V

Plano de Sessão da Formação “*A abordagem ao adolescente: O papel do enfermeiro em cuidados de saúde primários na promoção de uma sexualidade saudável*”

PLANO DE SESSÃO UCSP

Título	A abordagem ao adolescente: Intervenção do enfermeiro em cuidados de saúde primários na promoção de uma sexualidade saudável.							
Objetivos	Analisar e refletir acerca das práticas de abordagem ao adolescente com foco na promoção de uma sexualidade saudável.							
	Enunciar os principais métodos de abordagem ao adolescente, focando-se na área de intervenção da sexualidade.							
Data de sessão	18 de Dezembro 2020 às 14h00							
Plano de conteúdos	<i>Introdução e objetivos</i>	<i>O adolescente</i>	<i>A abordagem ao adolescente</i>	<i>Consulta de vigilância</i>	<i>Sexualidade saudável</i>	<i>Meios disponíveis</i>	<i>Conclusão e referencias</i>	<i>Discussão/Reflexão de praticas</i>
Tempo de exposição	2 min.	5 min	5min.	4min.	5min.	5min.	2min.	10min
Meios Utilizados	Exposição	Exposição	Exposição	Exposição e boletim de saúde	Exposição	Exposição, folhetos e “quantos-queres”	Exposição	Formandos e Formador
Avaliação	Questionário de avaliação de formação.							

APÊNDICE VI

Sessão da Formação *“A abordagem ao adolescente: O papel do enfermeiro em cuidados de saúde primários na promoção de uma sexualidade saudável”*

11º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA
UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO COM RELATÓRIO



A Abordagem ao Adolescente

Intervenção do enfermeiro em cuidados de
saúde primários na promoção de uma
sexualidade saudável

Discente: Miguel Negreiro n.º 2792

Enfermeiro Orientador: [REDACTED]
Orientador: Professora Sónia Rodrigues

Dezembro, 2020



Sumário

- 01 Objetivos
 - 02 O Adolescente
 - 03 Abordagem ao Adolescente
 - 04 Consulta de vigilância
 - 05 Sexualidade Saudável
 - 06 Meios Disponíveis
 - 07 Referências Bibliográficas
- 

Problemática



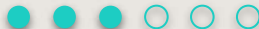
Lacunas na prestação de cuidados de saúde primários ao Adolescente, sendo que por vezes não são abordados todos os temas essenciais por falta de tempo, conhecimento ou por se considerar um tema tabu.



Objeto de Estudo



Intervenções / Ações / Estratégias de enfermagem nos cuidados antecipatórios ao adolescente com foco na promoção de uma sexualidade saudável.



Objetivos



Analisar e refletir acerca das práticas de abordagem ao adolescente com foco na promoção de uma sexualidade saudável.



Enunciar os principais métodos de abordagem ao adolescente, focando-se na área de intervenção da sexualidade.



O Adolescente

01

Adolescente

Período dos 10-19 anos que acarreta transformações socioculturais, biológicas, emocionais e físicas (OMS, cit. Kerntopf et al., 2016)

Sexualidade

Iniciada maioritariamente na adolescência, é indispensável e inerente ao ser humano, influenciada pela cultura, história, religião, sentimentos e significados individuais (Kerntopf et al., 2016)

02

Comportamentos de Risco

Risco de IST por bactérias, vírus ou parasitas, infecções do aparelho reprodutivo, neoplasias, infertilidade, entre outros, surgem associadas a comportamentos de risco de uma prática sexual desinformada na adolescência (OMS, 2013)

03

Direitos Legais

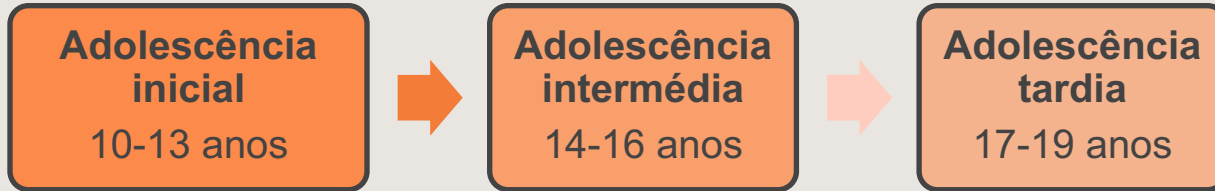
O direito à saúde sexual e reprodutiva no adolescente surge como ponto dos direitos humanos e implicam a vivência da sua sexualidade de uma forma segura e informada (Kerntopf, et al., 2016)

04



Imagem 1

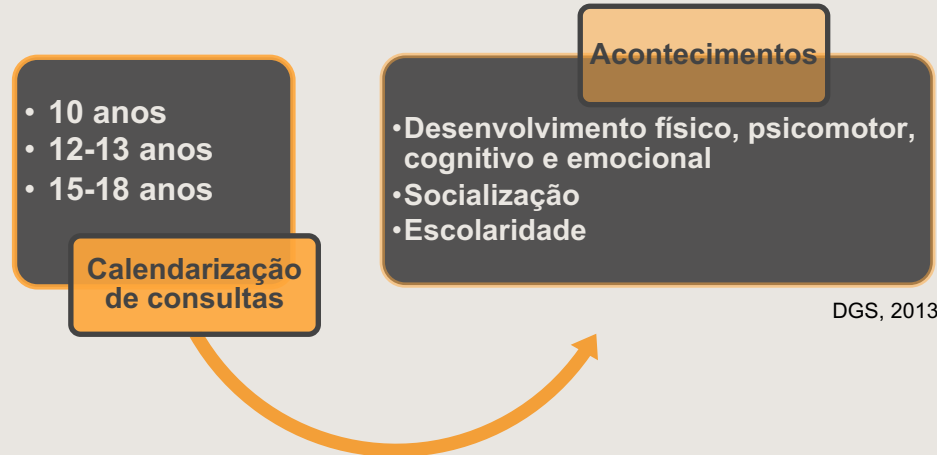
O Adolescente



OMS, 2006



Imagem 2



DGS, 2013

O Adolescente

Quadro 1. Limites etários da puberdade

	Idade média de início	Limite inferior do normal	Limite superior do normal	Primeiro sinal pubertário
Raparigas	10 A	8 A	13 A	Botão mamário
Rapazes	12 A	9 A	14 A	Aumento de volume testicular (volume ≥ 4 ml)

A PUBERDADE

EVENTOS MARCANTES:

- ✓ Menarca (M4)
- ✓ Espermarca (G3)
- ✓ Mudanças de voz (G3/4)
- ✓ Acne (M3 e G3)

Quadro 2. Estádios de Tanner

ESTÁDIOS	P (PILOSIDADE PÚBLICA)	M (DESENVOLVIMENTO MAMÁRIO)	G (ÓRGÃOS GENITAIS)
1	Pré-púbere: ausente	Pré-púbere	Pré-púbere; Testículos $\pm 2,5$ ml
2	Alguns pêlos longos; Pigmentados	Botão mamário	Aumento dos testículos (volume ≥ 4 ml); Pigmentação do escroto
3	Pêlos escuros, encaracolados, > quantidade	Mama e aréola maiores	Alongamento do pênis; testículos maiores
4	Pêlos tipo adulto; atinge mas não ultrapassa a face interna das coxas	Aréola e mamilo destacam-se do contorno da mama	Alargamento pênis; pregueamento da pele do escroto
5	Distribuição tipo adulto	Morfologia adulta; mama e aréola no mesmo plano	Tipo adulto; volume testicular: 15-25 ml

A PUBERDADE

O Adolescente

Crescimento acelerado

8/10cm por ano - Raparigas

10/12cm por ano – Rapazes

Início nas extremidades, membros superiores e inferiores, tronco no final

Produção de esteroides sexuais com influência direta nos recetores do cérebro, permitindo a **aquisição de capacidades cognitivas de adulto e construção de estratégias na tomada de decisão e comportamentos sociais**



Imagem 3

Influencia:

Cintura escapular

Massa gorda/ Musculo

Sistema cardiovascular

Valores hematológicos

Maturidade do SNC até aos 25 anos

Abordagem ao Adolescente



Entrevista ao Adolescente

H	Home (casa e família)	- Onde moras? Com quem vives? Tens um quarto só para ti? De quem te sentes mais próximo? Alguém saiu de casa recentemente?
E	Education e Employment (escola/emprego)	- Em que escola andas? Tens amigos na escola? Quais os teus planos futuros? Trabalhas? Onde e em que horário?
E	Eating (alimentação)	- De que gostas e não gostas no teu corpo? O teu peso alterou recentemente? O que é para ti uma dieta saudável? Fazes exercício?
A	Activities (atividades desportivas e lazer)	- O que fazes quando estas com os teus amigos? Praticas algum desporto? O que fazes com a tua família? Tens hobbies?
D	Drugs (consumos e adição)	- No teu grupo de amigos alguém bebe, fuma ou consome drogas? e tu? E na tua família?
S	Sexuality (sexualidade)	- Tens namorado(a) ou já tiveste? Já tiveste relações sexuais? Utilizas contraceção? Já alguma vez foste forçado(a) a envolveres-te contra a tua vontade?
S	Suicide (depressão, suicídio, humor)	Sentes-te triste ou em baixo? Estas sempre chateado? Tens dificuldades em dormir? Tens te isolado nos últimos tempos?
S	Safety (segurança, acidentes, violência)	Já tiveste algum acidente grave? Que fazes para preveni-lo? Existe violência na tua família ou escola? Já alguma vez foste agredido ou vítima de <i>bullying</i> ou violência?



Abordagem ao Adolescente



Imagem 4



1. Importância da **empatia** criada como fundamental para a relação.
2. **Cumprimentar** o adolescente em primeiro lugar e estabelecer diálogo com ele.
3. **Apresentação** dos profissionais presentes.
4. Saber nome do adolescente (**como gosta de ser tratado**).
5. Pode ser observado com os pais numa primeira instância mas deve **reservar um momento de privacidade com o profissional**.
6. Explicar e assegurar **confidencialidade**, explicando que poderá ser quebrada nos termos legais estritamente necessários.
7. **Escutar** o adolescente e evitar juízos de valor ou assumir postura paternal
8. Utilizar **linguagem de fácil compreensão** (rejeitar linguagem que adolescentes usam entre si).
9. **Entrevista relevante** conforme pontos anteriores.
10. Respeitar **privacidade** do adolescente no exame físico.
11. Encorajar o **diálogo**.
12. Incentivar adolescente nas **escolhas responsáveis** de saúde.

Consulta de Vigilância

Idades/ Parâmetros	10 Anos	12-13 Anos	15-18 Anos
Peso, Altura, IMC	x	x	x
TA	x	x	x
Pele	x	x	x
Dentição	x	x	x
Visão e Audição	x	x	x
Exame Físico	x	x	x
Estado Pubertário	Segundo guia de puberdade e entrevista ao adolescente (DGS)		
Desenvolvimento Psicoafectivo e Social	Afirmação de identidade, capacidades cognitivas e interesses.	Redefinição de relações com família e amigos; valores éticos e morais	Relações amorosas
Vacinação	x	x	x
Riscos de Maus Tratos	Existência de lesões - segundo Guia de Maus Tratos (DGS)		
Segurança	Acidentes e exposições nocivas		Segurança no trabalho/escola

Consulta de Vigilância – Cuidados Antecipatórios

Idades/ Parâmetros	10 Anos	12-13 Anos	15-18 Anos
Puberdade	Variantes de uma puberdade expectável a idade, atrasos ou antecipação.		
Alimentação, Exercício Físico, Hábitos de Sono	Diversidade, adequação a idade, restrições		
Saúde Oral e Higiene	Cuidados diários		
Escola	Projetos, bem estar, <i>bullying</i>		Preparação para o trabalho
Família e Amigos	Dinâmica familiar, adulto de referência, socialização, atividades, comunidade, redes sociais		
Tempos Livres	Sedentarismo e hábitos de atividades		
Cidadania	Conhecimento de direitos e deveres, alerta para desigualdades, foco na cultura e ambiente		
Maus tratos, Acidentes, Violência e Segurança	Acidentes domésticos e rodoviários; Segurança rodoviária, atividades noturnas e desportos; Violência no namoro; Lesões físicas e emocionais.		
Riscos e Consumos Nocivos	Consumo e abuso de tabaco, álcool e drogas;		
Sexualidade	Conselhos conforme estágio pubertário, socialização e género	Autodeterminação sexual, género, relações íntimas, comportamentos sexuais e contraceção	Género, contraceção, relações amorosas, violência no namoro

Consulta de Vigilância – Conselhos do profissional

	Adolescentes	Pais
10 – 12/13 anos	- Corpo em transformação. - Importância da alimentação saudável. - Descoberta do gozo da vida em segurança - Exercício como melhoria da condição física e conhecimento de novos amigos. - Experimentar novas sensações sem perder controle. - Direito de dizer ‘Não’ se for obrigado a algo	- Importância da confiança na equipa de saúde - Responsabilização pela própria saúde
12/13 – 15/18 anos	- Corpo em transformação. - Importância da alimentação e exercício físico. - Prevenção de acidentes. - Dúvidas face a expressão da sexualidade, afetividade, identidade sexual e significados de relações. - Espaço para manifestar duvidas e inquietações. - Expressão sexualidade com afeto e comunicação como método seguro que diminui risco de confronto com efeitos de uma sexualidade desinformada.	- Proporcionar papel ativo nas decisões e encorajar encontro de soluções. - Normalização na abordagem da sexualidade de modo a permitir expressão de expetativas e crenças no namoro, relacionamentos sexuais e paternidade. - Permitir consulta com o adolescente sozinho.

Sexualidade Saudável

A sexualidade é complicada de abordar, pela falta de conhecimento e tato perante o assunto ou por se considerar ainda um *taboo*, sendo raro encontrar um terapeuta sexual incluído nas equipas multidisciplinares.

(Veneroni et al., 2020)

A expressão sexual implica falar abertamente de desejo sexual, função sexual, desejo afetivo, identificação de género e orientação sexual, sendo uma abordagem íntima, mas essencial no cuidado ao adolescente que caminha para a vida adulta e numa melhor prática de cuidados.

(Veneroni et al., 2020)



ENFERMAGEM



Imagem 5

Sexualidade Saudável

Promoção de uma Sexualidade Saudável

- Permitir a expressão da sexualidade
- Esclarecimento de dúvidas/medos
- Apoio emocional
- Escuta ativa
- Educação Sexual – Prevenção de Gravidez Indesejada, IST's, etc.
- Promover a tomada de decisão responsável e autonomia
- Encorajar e educar familiares para abordar a temática de uma forma natural

(Kerntopf et al., 2016)



ENFERMAGEM



Imagem 5

Sexualidade Saudável



Os cuidados prestados devem focar o **desenvolvimento sexual, a contraceção, a prevenção de IST e gravidez indesejada.**

Deve ainda incluir discussão de **maturação sexual, atracção sexual, valores culturais e familiares, guias e monitorização de padrões familiares, objetivos pessoais e tomadas de decisão sexuais informadas e seguras.**

A sexualidade saudável deve ter por base a confidencialidade, sensibilidade cultural e deve ser livre de julgamento



Imagem 5

Sexualidade Saudável



*Deve considerar **adolescentes LGBTQ**, ressaltando a criação da sua **identidade sexual**, tornando os profissionais sensíveis a todo o **espectro de comportamentos sexuais e identidades de género**.*

*É ainda essencial **avaliar os valores e moldes de aceitação familiar** neste domínio, de modo a aconselhar de melhor forma a família, pelo uso de dialogo sem julgamento ou incentivando-a a procurar ajuda especializada.*

American Academy of Pediatrics, 2017

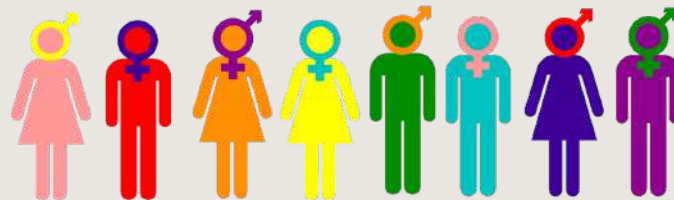


Imagem 6

Modelos e Filosofias Teóricas de Enfermagem



- Assente no modelo de parceria de cuidados (Anne Casey) com a família e o utente.
- Capacitação para adquirir competências de resposta as necessidades de saúde.

(Hockenberry, Wilson, & Rodgers, 2018)

Cuidados Centrados na Família

Cuidados Não-traumáticos

- Diminuição e eliminação do sofrimento físico e psicológico.
- Evitar a separação da criança e família, promover o sentimento de controlo e minimizar lesões corporais e dor.

(Hockenberry, Wilson, & Rodgers, 2018)

- Cuidado focado na transição do indivíduo e na respetiva adaptação.
- Modelo de intervenção facilitador da transição e promotor de bem-estar.

(Meleis, 2010; Smith, 2020)

Modelo de Transição Afaf Meleis

Modelo de Promoção de Saúde Nola Pender

- Salienta a importância dos processos cognitivos do indivíduo na mudança comportamental.
- Promove uma maior qualidade de vida e potencia a obtenção de saúde.

(Tomey & Alligood, 2004)



Meios Disponíveis



Quantos Queres
- Prevenção de IST
para adolescentes -



Guia para a Gravidez na Adolescência

Folheto para Profissionais

**ABUSO SEXUAL
DE CRIANÇAS**

Meios Disponíveis



CheckpointLX – apoio clínico à comunidade LGBTQ
<https://www.checkpointlx.com/>

Programa Nacional de Saúde Reprodutiva
<https://www.saudereprodutiva.dgs.pt/>



Meios Disponíveis



Imagem 7



Na Unidade

Contactos Úteis:
Aparece Saúde Jovem (dos 12 aos 24 anos):
Centro de Saúde de Sete Rios,
Largo Prof. Amândio Sampião,
Tel: 217211500
E-mail: seterios.aparece@arslvt.min-saude.pt
Funciona das 8h30 às 16h15h
www.contracecao.pt

- Na tua idade é natural que tentes experimentar sensações novas.
- Procura nunca perder o controlo da situação!

Estilos de Vida Saudáveis

Referências Bibliográficas:
Associação Portuguesa do Sono. Folheto disponível em: www.apsono.com/images/images-centroobso/nap7.png
Direção Geral da Saúde, Boletim de Saúde Infantil e Juvenil, 2015. Disponível em: www.dgs.pt/guia-de-sistema/saude-de-a-e-o-boletim-de-saude-infantil.aspx
Direção Geral da Saúde, Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, Ministério da saúde, 2013. Disponível em: www.dgs.pt
Elaborado por: Enl.ª Susana Araújo - 12º Curso de Pós-Licenciatura e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria da Escola Superior de Saúde da Cruz Vermelha Portuguesa
Orientação: Enl.ª Sofia Pinheiro
Prof.ª Mestre Gracia Micaes Rocha

Dossier Guia Orientador para a consulta de Enfermagem do Adolescente

***Folheto “Estilos de Vida Saudável”
- Cuidados Antecipatórios a Jovens -***



Meios Disponíveis



Imagem 7



Na Unidade

Referências Bibliográficas:
 American Academy of Pediatrics. (2017). Promoting Healthy Sexual Development and Sexuality. In G. A. American Academy of Pediatrics. Guidelines for Health Supervision of Infants, Bright Future (pp. 217-227). USA: American Academy of Pediatrics.
 DGS. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: Ministério da Saúde.
 Karmali, M., Lacerda, J., Francisco, N., Nascimento, E., Lemos, I., Fernandes, G., & Mendes, I. (2016). Sexualidade na Adolescência: Uma revisão crítica de literatura. Adolescência e Saúde, 15(1), 1-13.
 OMS. (2013). Diagnóstico Laboratorial de Doenças Sexualmente Transmissíveis, incluindo o VIH. Ministério da Saúde.

Promoção de uma Sexualidade Saudável nos Adolescentes
 Um guia para profissionais de saúde

Realizado por:
Enfermeiro Miguel Nogueira
 Auro 11º Mestrado e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria
 Nº. 2792

Orientação de:
 Enfermeira Sílvia Araújo

ESEL
 ESEI

SEXUALIDADE E A ADOLESCÊNCIA

67%
 Rapazes

53%
 Rapazes

Gostariam de ter iniciado relações sexuais mais tarde e de ter a oportunidade de ensino/educação sexual.

A promoção de uma sexualidade saudável com o adolescente deve ter por base a confidencialidade, a sensibilidade cultural e religiosa e deve ser livre de julgamento.

A educação sexual deve considerar os indivíduos LGBTQI, sendo os profissionais de saúde conhecedores de comportamentos sexuais e identidades de género existentes. Deve ser avaliada a aceitação familiar!

ADOLESCÊNCIA
 Compreende o período entre os 10 e os 19 anos, sendo característico desta fase as mudanças da puberdade e o início de atividade sexual.

A INTERVENÇÃO DO PROFISSIONAL

IMAGEM CORPORAL
 Reforçar as mudanças esperadas pela puberdade e as transformações corporais que afetam a auto-imagem e a sua auto-estima.

EXPRESSÃO DA SEXUALIDADE
 Abertura de espaço de escuta para a expressão da sexualidade do adolescente abrangendo:
 - Identidade de género
 - Orientação sexual
 - Relações amorosas
 - Atitudes sexuais
 - Objetivos relacionais
 - Influência cultural e religiosa
 - Partilha com família ou adulto de referência.

CONTRAÇÃO E PREVENÇÃO DE IST
 O uso do preservativo como único meio de prevenção de IST.

A escolha do método contraceutivo mais indicado para o adolescente depende individualmente, sendo pessoal.

PREVENÇÃO DE GRAVIDEZ INDESEJADA
 Reforçar a importância da utilização de contraceção eficaz e dar a conhecer métodos contraceutivos de emergência.

MAUS TRATOS / VIOLÊNCIA NO NAMORO
 Identificar sinais de violência de mau trato, violência no namoro ou de abuso sexual.
 Reforçar a partilha de sentimentos e a necessidade de encaminhamento para profissionais.



- American Academy of Pediatrics. (2017). Promoting Healthy Sexual Development and Sexuality. In C. a. American Academy of Pediatrics: Guidelines for Health Supervision of Infants, Bright Futures (pp. 217-227). USA: American Academy of Pediatrics.
- DGS. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Hockenberry, M., Wilson, D., & Rodgers, C. (2018). Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Elsevier
- Kerntopf, M., Lacerda, J., Fonseca, N., Nascimento, E., Lemos, I., Fernandes, G., & Menezes, I. (2016). Sexualidade na Adolescência: Uma revisão crítica da literatura. Adolescência e Saúde, 106-113.
- Meleis, A. I. (2010). Transitions Theory: Middle-Range and situation specific theories in nursing and practice. New York: Springer Publishing Company.
- OMS. (2006). Orientation programme on adolescent health for health care providers. World Health Organization.
- OMS. (2013). Diagnóstico Laboratorial de Doenças Sexualmente Transmissíveis, incluindo o VIH. Ministério da Saúde.
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série (N.º 133 de 12-07-2018), p. 19192-19194.
- Smith, M. (2020). Nursing Theories and Nursing Practice. Philadelphia: F. A. Davis.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2005). Requisitos para o atendimento ao adolescente. Ministério da Saúde.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). Loures: Lusociência.
- Veneroni, L., Bagliacca, E., Sironi, G., Silva, M., Casanova, M., Bergamaschi, Ferrarri, A. (2020). Investigating sexuality in adolescents with cancer: patients talk of their experiences. Pediatric Hematology and Oncology
- Imagem 1: <https://i2.wp.com/cantinhodaunidade.com.br/wp-content/uploads/2012/10/sexualidade5.jpg?w=47>
- Imagem 2: <https://www.noticiasao minuto.com/lifestyle/864570/tudo-o-que-um-adolescente-precisa-nos-dias-de-hoje>
- Imagem 3: <https://www.clinico-psicologo.com/puberdade/>
- Imagem 4: <https://medium.com/@pinkads/o-que-significa-a-sigla-lgbtq-e-quais-s%C3%A3o-as-outras-siglas-utilizadas-e3db6ec5181f>
- Imagem 5: <https://www.nextpng.com/pt/transparent-png-ngifu>



Referências Bibliográficas

Discussão e análise de práticas

Dúvidas? Questões?



APÊNDICE VII

Questionário de avaliação da Formação “*A abordagem ao adolescente: O papel do enfermeiro em cuidados de saúde primários na promoção de uma sexualidade saudável*”

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE AÇÃO DE FORMAÇÃO

Formação: Abordagem ao Adolescente – o papel do Enfermeiro de cuidados de saúde primários na promoção de uma sexualidade saudável

Formador: Enfermeiro Miguel Negreiro – Aluno MEESIP; **Orientação:** XXXXXXXXXX

A sua opinião acerca da formação terminada é bastante importante, pois permite o desenvolvimento de um processo de melhoria contínua e ajustamento dos programas e métodos utilizados em ações futuras. Circule (O) valor que entende ser a sua opinião relativamente aos parâmetros abaixo indicados, atribuindo desde o valor 1 “nada” e o valor 5 “muito”.

A – Conteúdos da sessão de formação e métodos

1. Pertinência dos conteúdos da ação de formação
2. Eficácia da estrutura dos conteúdos
3. Interesse/utilidade dos conteúdos
4. Adequação de métodos utilizados aos temas abordados
5. Equilíbrio entre exposição teórica/exposição didática
6. Duração da ação de formação (considerando tema e respetivo tempo)

Nada				Muito
1	2	3	4	5
•	•	•	•	•
•	•	•	•	•
•	•	•	•	•
•	•	•	•	•
•	•	•	•	•
•	•	•	•	•

B – Formador

7. Domínio e clareza na exposição do material tratado em formação
8. Estímulo à participação dos formandos na sessão
9. Capacidade de motivar para as matérias lecionadas
10. Documentação e bibliografia suficiente e adequada
11. Pontualidade/ cumprimento de horário da sessão

Nada				Muito
1	2	3	4	5
•	•	•	•	•
•	•	•	•	•
•	•	•	•	•
•	•	•	•	•
•	•	•	•	•

C – Organização

12. Qualidade e adequação das instalações e equipamento
13. Adequação das condições físicas (sala e acessibilidade)
14. Pertinência do horário da sessão

Nada				Muito
1	2	3	4	5
•	•	•	•	•
•	•	•	•	•
•	•	•	•	•

D – Avaliação global da ação de formação

15. Concretização de objetivos propostos
16. Esta ação permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos
17. O nível das matérias tratadas foi adequado ao seu nível de conhecimento
18. Recomendaria esta ação de formação a colegas

Nada				Muito
1	2	3	4	5
•	•	•	•	•
•	•	•	•	•
•	•	•	•	•
•	•	•	•	•

E – Críticas/Sugestões/Comentários

APÊNDICE VIII
**Folheto Informativo “*Promoção de uma Sexualidade Saudável nos*
Adolescentes”**

Referências Bibliográficas:

American Academy of Pediatrics.
(2017). Promoting Healthy Sexual
Development and Sexuality. In C. a.
American Academy of Pediatrics:
Guidelines for Health Supervision of
Infants, Bright Futures (pp. 217-227).
USA: American Academy of Pediatrics.
DGS. (2013). Programa Nacional de
Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa:
Ministério da Saúde.
Kerntopf, M., Lacerda, J., Fonseca, N.,
Nascimento, E., Lemos, I., Fernandes,
G., & Menezes, I. (2016). Sexualidade
na Adolescência: Uma revisão crítica da
literatura. Adolescência e Saúde,
106-113.
OMS. (2013). Diagnóstico Laboratorial
de Doenças Sexualmente
Transmissíveis, incluindo o VIH.
Ministério da Saúde.

Realizado por:

Enfermeiro Miguel Negreiro
Aluno 11º Mestrado e Especialização
em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatria
Nº. 2792

Orientação de:
Professora Sónia Rodrigues



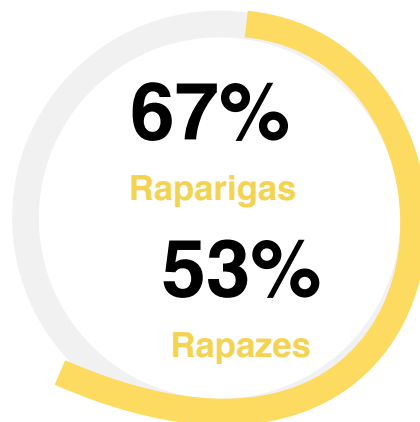
**Promoção de uma
Sexualidade Saudável
nos Adolescentes**



SEXUALIDADE E A ADOLESCÊNCIA

ADOLESCÊNCIA

Compreende o período entre os 10 e os 19 anos, sendo característico desta fase as mudanças da puberdade e o início da atividade sexual.



Gostariam de ter iniciado relações sexuais mais tarde e de ter a oportunidade de ensino/educação sexual.

A promoção de uma sexualidade saudável com o adolescente deve ter por base a confidencialidade, a sensibilidade cultural e religiosa e deve ser livre de julgamento.



A educação sexual deve considerar os indivíduos LGBTQ, sendo os profissionais de saúde conhecedores de comportamentos sexuais e identidades de género existentes.

Deve ser avaliada a aceitação familiar!



A escuta ativa, o apoio emocional, a confidencialidade e o encaminhamento para profissionais e entidades especializados são essenciais nos cuidados de excelência

A INTERVENÇÃO DO PROFISSIONAL

IMAGEM CORPORAL

Reforçar as mudanças esperadas pela puberdade e as transformações corporais que afetam a auto-imagem e a sua auto-estima.

EXPRESSÃO DA SEXUALIDADE

Abertura de espaço de escuta para a expressão da sexualidade do adolescente englobando:

- Identidade de género
- Orientação sexual
- Relações amorosas
- Atividades sexuais
- Objetivos relacionais
- Influência cultural e religiosa
- Partilha com família ou adulto de referência.



CONTRACEÇÃO E PREVENÇÃO DE IST



O uso do preservativo como único meio de prevenção de IST's.

A escolha do método contraceptivo mais indicado para o adolescente conforme indicação médica e escolha pessoal.

PREVENÇÃO DE GRAVIDEZ INDESEJADA

Reforçar ensinamentos da utilização de contraceção escolhida e dar a conhecer método contraceptivo de emergência.

MAUS TRATOS / VIOLÊNCIA NO NAMORO

Identificar lesões de vítimas de maus tratos, violência no namoro ou de abuso sexual.

Reforçar a partilha de sentimentos e a necessidade de encaminhando para profissionais especializados.



**11º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

*UC Estágio com Relatório
Ensino Clínico – UCSP* [REDACTED]

Jornal de Aprendizagem

Miguel Pereira Gonçalves Negreiro

—
Professor Orientador:

Professora Sónia Patrícia Lino Borges Rodrigues

Enfermeira Orientadora:

[REDACTED]

—
**Lisboa
2021**

Com este jornal de aprendizagem, realizado no âmbito da UC estágio com relatório no local de ensino clínico da unidade de cuidados de saúde personalizados (UCSP) de [REDACTED], pretendo enquanto enfermeiro e aluno de especialidade em enfermagem refletir acerca das aprendizagens retidas durante a realização do ensino clínico e das horas de contato com as crianças, adolescentes e suas famílias, evidenciando as competências gerais e específicas de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria (EESIP) desenvolvidas, a interligação com a temática do projeto de estágio e a prática clínica com base na evidência científica.

Como refere a OE (2010), é constantemente necessário, na prática de enfermagem, a análise de práticas e a reflexão das mesmas, de modo a indicar os melhores caminhos enquanto cuidadores globais promotores de saúde e de modo a influenciar positivamente esta disciplina. Esta premissa torna assim este instrumento, não só uma base de avaliação, mas uma base de ganho de competências de um rigor e profissionalismo crescente.

A UCSP de [REDACTED] engloba múltiplas valências dos cuidados de saúde primários com dois polos físicos onde são prestados cuidados de saúde primários à comunidade no âmbito da saúde do adulto e idoso, saúde materna e planeamento familiar e saúde infantil, nomeadamente nas consultas de enfermagem de vigilância infantil e vacinação, onde se focou a maior parte das horas de contato de estágio. Esta unidade é constituída por uma equipa de enfermagem, equipa médica, auxiliares de ação médica e administrativos, sendo que possui apenas uma enfermeira especialista em saúde infantil e pediatria, que em momentos de consulta de vigilância de saúde infantil se apoia na filosofia teórica de enfermagem de cuidados centrados na família e no modelo de promoção de saúde de Nola Pender, como meio de atingir a maximização de saúde dos indivíduos e prevenção de complicações de saúde. Foco ainda a multiculturalidade existente nos utentes abrangidos pela unidade, sendo por vezes entrave a alguns cuidados, mas também oportunidades de desenvolvimento e adaptação dos cuidados prestados.

Também o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ) surge como um instrumento de apoio à saúde infantil e juvenil, promovendo oportunidades de desenvolvimento para todas as crianças e jovens independentemente dos seus contextos. Este plano surge como medida orientadora dos cuidados prestados nesta UCSP e foi por mim utilizado como referencial para avaliação do desenvolvimento e crescimento, estímulo de comportamentos promotores de saúde, deteção precoce e

encaminhamento de situações particulares e doenças comuns e sinalização de crianças vítimas de maus tratos e violência, apoiando e estimulando as responsabilidades parentais e rentabilizando a ação de enfermagem com vista a otimização de saúde das crianças e dos jovens (DGS, 2013). Também na avaliação de uma sexualidade saudável, aplicação e reflexão das suas estratégias inerentes foi mobilizado o referencial *Bright Futures*, como guia orientador na educação personalizada, avaliação de risco, promoção de saúde e guia de aconselhamento da criança e jovem (American Academy of Pediatrics, 2017).

Por motivos de pandemia por COVID-19, várias foram as restrições impostas ao cuidado de excelência da unidade, nomeadamente a vinda às consultas de enfermagem apenas em idade de vacinação, a permissão de apenas um dos pais para estar presente em consulta, a falta de brinquedos disponíveis tanto na sala de espera, como na sala de consulta, entre muitos outros, que potenciariam uma avaliação do estado de saúde e de desenvolvimento da criança de forma mais eficaz. Mesmo assim, cabe ao enfermeiro que cuida destas crianças potenciar, de forma criativa e adaptada à realidade profissional, a saúde destes ao máximo, sem descuidar de cuidados rigorosos e de excelência.

Com base na temática do meu projeto de estágio, fui observando e participando também nas consultas da área do planeamento familiar, de modo a abranger competências do cuidado ao jovem adulto e adolescente que incluíssem a educação para a promoção de uma sexualidade saudável. Aqui promovi a abertura de um espaço seguro de partilha e esclarecimento de dúvidas e um aconselhamento maximizador de saúde e de diminuição de comportamentos de risco sexuais. Também a participação no planeamento familiar, antecipando problemas de saúde derivados de uma sexualidade desinformada e abordando esta temática de uma forma aprofundada e aplicando os conhecimentos adquiridos até à data.

Estas atividades permitiram o desenvolvimento de competências gerais e específicas de especialista com foco na abordagem da temática da promoção de uma sexualidade saudável aos adolescentes que compareciam na unidade, na medida em que através da aplicação de conhecimentos baseados em fontes científicas ou na opinião de peritos reconhecidos fui elaborando uma melhor prática de cuidados de enfermagem de modo a obter respostas satisfatórias de saúde (OE, 2010).

Como modelos e filosofias de enfermagem, regentes dos cuidados prestados, saliento como dito anteriormente, a filosofia de cuidados centrados na família, na

medida em que os cuidados assentam e reconhecem a família como constante na vida da criança e implicam um cuidado com uma abordagem de planeamento, oferta e avaliação de cuidados de saúde baseada em parcerias mútuas entre profissionais de saúde, utentes e famílias (Hockenberry, Wilson, & Rodgers, 2018).

Os enfermeiros assentam aqui um papel de suporte às famílias e seus papéis naturais de cuidadores e intervenientes na tomada de decisão construindo, com base nas suas próprias forças, conhecimentos e experiências, um cuidado complexo à criança que tem em consideração as suas necessidades e da respetiva família (Hockenberry, Wilson, & Rodgers, 2018).

No que toca ao Adolescente, é necessário ter especial atenção que a relação familiar muda de uma perspetiva de proteção/dependência para afeição mútua/igualdade no processo de alcance da independência, para tal é necessário o cuidado de enfermagem também focar-se nas necessidades específicas do adolescente, no respeitar da sua privacidade e decisões conscientes de modo a ganhar a sua confiança (Hockenberry, Wilson, & Rodgers, 2018).

Esta filosofia inerente ao cuidado de enfermagem pediátrico é bastante evidente nos cuidados prestados de forma diária pelos profissionais da unidade, que em conjunto com a família da criança, atuam como guias e fonte de conselhos científicos para uma maximização da saúde da criança ou adolescente, estabelecendo com estes e através das suas capacidades, novas competências no cuidar no domicílio.

Outro modelo de enfermagem evidente na prestação de cuidados primários pela unidade é o modelo de promoção de saúde de Nola Pender, que veio dar resposta à arte de cuidar de Enfermagem, na medida em que permite o objetivo final de ajudar o outro a cuidar de si próprio (Tomey & Alligood, 2004).

Assim, surge como uma tentativa de descrever a natureza multifacetada dos indivíduos que interagem com o ambiente enquanto procuram a sua saúde, deixando de focar modelos orientados para o ato de evitar, baseados no medo ou ameaça à sua saúde, mas demonstrando ao invés uma abordagem e competências orientadas para o foco desejado, no contexto de melhoria de saúde dos indivíduos (Tomey & Alligood, 2004).

A enfermagem assente neste modelo visa então não só o salvar vidas, mas também a promoção de uma qualidade de vida, surgindo como solução para políticas de saúde e para a reforma de cuidados de saúde em que os consumidores dos

mesmos tornam-se capazes e motivados para atingir a sua saúde pessoal (Tomey & Alligood, 2004).

Esta visão de enfermagem vem justificar toda a ação de cuidados primários, em especial a que presenciei na unidade, que visa a potenciação de ganhos em saúde pela prevenção de potenciais problemas, permitindo ao enfermeiro não só a avaliação de parâmetros físicos potenciadores de mau estar de saúde, mas também a entrevista junto com a família e a própria criança ou adolescente de modo a identificar comportamentos rotineiros, do dia-a-dia, que possam estar de algum modo a afetar a saúde do utente e que possam tornar-se foco de intervenção do enfermeiro.

No que toca a aplicabilidade do meu projeto de estágio, foi-me primeiramente colocado o entrave das restrições de pandemia, pois apenas os adolescentes de 10 anos iriam comparecer à consulta de vigilância infantil, por ser uma idade de vacinação, sendo que os restantes apenas iriam comparecer caso houvesse algum problema de saúde, o que seria raro de acontecer.

No entanto, em alternativa foi-me possível a abordagem às restantes idades e estádios de desenvolvimento da criança e suas famílias durante o período de consultas de enfermagem e vacinação. Através da observação e participação ativa sob orientação da enfermeira perita, foi-me permitido atuar enquanto futuro enfermeiro especialista na abordagem à criança, adolescente e família em contexto de consulta de enfermagem, realizando exame físico, avaliação de parâmetros métricos e promovendo cuidados antecipatórios, através de uma comunicação adequada e intencional e utilizando o brincar como instrumento de avaliação dos variados parâmetros de desenvolvimento. Foi ainda possível a avaliação de estádios pubertários, de dúvidas e receios e de aspetos potenciadores de uma sexualidade saudável, adaptando o envolvimento e parceria familiar na aquisição de mecanismos potenciadores de saúde.

No que toca à saúde infantil, os enfermeiros têm um papel preponderante na educação e aconselhamento dos pais, avaliando o estado de saúde, crescimento e desenvolvimento da criança em momentos de consultas de enfermagem, existindo o dever de atender a criança pela sua condição humana e por se tratar de um ser vulnerável tendo em consideração o seu interesse e compreensão da sua vontade através do respeito e da capacidade de proporcionar condições favorecedoras de um desenvolvimento global saudável e reconhecendo os seus cuidadores diretos como

principais promotores desse desenvolvimento (OE, 2010), como é defendido pela Declaração dos Direitos da Criança (1959):

“A criança gozará de uma proteção especial e beneficiará de oportunidades e serviços dispensados pela lei e outros meios para que possa desenvolver-se física, intelectual, moral, espiritual e socialmente de forma saudável e normal, assim como em situações de liberdade e dignidade. (...)” (p.1)

Por outro lado, pude também participar no planeamento familiar com adolescentes e jovens adultos, antecipando problemas de saúde derivados de uma sexualidade desinformada e abordando esta temática de uma forma aprofundada com os mesmos, aplicando os conhecimentos adquiridos até então.

Em geral, é conhecido que a adolescência e a juventude são os períodos mais saudáveis do ser humano, com menores índices de morbilidade e mortalidade quando em comparação com outros grupos etários, resultando assim numa escassa procura de serviços de saúde, apesar de se considerar um período crucial no desenvolvimento e integração de condutas e comportamentos que influenciam a saúde do adolescente no futuro. Assim, a presença dos adolescentes nos serviços de saúde constituem uma oportunidade ímpar para potenciar as aprendizagens de saúde e promover a assistência aos mesmos e às suas famílias (OE, 2010).

Foi-me ainda possível constatar a falta de tempo (por sobrecarga laboral) e conhecimentos aprofundados da equipa de enfermagem para a abordagem ao adolescente em ambiente de consulta, despertando em mim a necessidade de intervenção no desenvolvimento de conhecimentos e competências na abordagem a estes indivíduos, em especial na temática da sua sexualidade. Este foi um ponto muito apoiado pela enfermeira orientadora, que demonstrou um interesse em trabalhar a temática e pela equipa em geral, pela sua disponibilidade e interesse no seu desenvolvimento profissional.

As intervenções de enfermagem no âmbito do atendimento ao adolescente, seja na promoção de comportamentos saudáveis para a melhoria da sua saúde ou na prevenção de doença, assumem lugares de destaque através da transmissão de informação eficaz baseada nas suas motivações, desejos de mudança, processos de seleção e controlo, autoconfiança, perceção de eficácia, entre outros. Assim a entrevista ao adolescente assume um papel dominante e de extrema importância, apesar da sua complexidade, possibilitando identificar as suas necessidades,

problemas, potencialidades, desejos e significados de experiências, envolvendo o adolescente como protagonista na resolução dos seus problemas numa relação terapêutica de confiança (OE, 2010).

Assim, com base na evidência científica que foca a importância do contacto com o adolescente, iniciei a preparação de uma sessão formativa que abordasse a temática dos adolescentes (e as suas características diferenciadas aquando abordados em consulta) e a promoção da sua sexualidade, com foco no papel e nas intervenções de enfermagem. Foi-me assim possível transmitir os conhecimentos adquiridos e mais atuais possíveis à equipa, que de uma forma bastante agradável recebeu esta iniciativa, com foco nas suas possíveis intervenções capacitadoras. Foi ainda criado o panfleto informativo para profissionais que permite de uma forma rápida, fácil e adequada prestar os melhores cuidados promotores de sexualidade saudável aos adolescentes com quem frequentemente contactam. Após a elaboração de um plano de sessão, implementação da sessão e de um questionário de avaliação de sessão, foi possível averiguar que a mesma foi pertinente e útil a estes profissionais, permitindo um novo olhar sobre o adolescente e o seu papel profissional na promoção de saúde dos mesmos.

A sexualidade infantil surge assim como sentimento, comportamento e ponto de desenvolvimento na criança, devendo ser alvo de atenção e foco da família e dos profissionais de saúde. É importante o papel da família na construção de uma vida sexual da criança devendo gerar segurança desde muito cedo através de contacto e estímulos afetivos por parte dos cuidadores. A educação sexual é por norma uma aprendizagem automática, constante e inconsciente de atitudes, gestos e ideias que se iniciam logo após o nascimento, sendo essencial na educação de uma criança. Através do brincar a criança está a reconhecer, descobrir e a aprender características inatas ao seu desenvolvimento sexual, não devendo ser reforçadas ou proibidas práticas de diferenciação sexual que acabam por promover um risco de expectativas não reais na criança quanto ao seu papel sexual. É ainda importante o desenvolvimento emocional na descoberta da sexualidade, cabendo aos pais e profissionais o aconselhamento e respostas simples à medida que a curiosidade da criança se vai manifestando (OE, 2010).

Assim, através da prática analítica, crítica e reflexiva e sob o olhar da enfermeira perita durante as horas de contato de ensino clínico, pude desenvolver competências gerais do domínio da especialidade, focando as mais desenvolvidas,

como a demonstração de tomada de decisão segundo os princípios e valores deontológicos da profissão (A1.1), liderar de forma efetiva os processos de tomada de decisão na área de especialidade (A1.2), avaliar os processos e os resultados da tomada de decisão efetuada (A1.3), a promoção e proteção dos direitos humanos (A2.1), a gestão de cuidados na equipa com segurança e dignidade (A2.2), a mobilização de conhecimentos e habilidades com foco na melhoria de cuidados (B1.1), a avaliação da qualidade das práticas clínicas (B2.1), o planeamento de programas de melhoria de cuidados (B2.2) e liderança dos mesmos (B2.3), entre outras (Diário da República, 2019).

No domínio das competências específicas de EESIP, foco essencialmente também o implementar e gerir em parceria, planos de saúde promotores de parentalidade e capacidade de gestão do regime da criança (E1.1), o diagnóstico precoce e intervenção nas doenças comuns e situações de risco (E1.2), a gestão diferenciada do bem-estar da criança e jovem, otimizando as respostas de saúde (E2.2), a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil (E3.1), a promoção da vinculação sistemática do RN (E3.2), a comunicação com a criança e família apropriada ao estágio de desenvolvimento e cultura (E3.3), a promoção da autoestima e autodeterminação do adolescente nas suas escolhas de saúde (E3.4) entre outras (Diário da República, 2018).

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Declaração dos direitos da criança (1959). Proclamada pela Resolução da Assembleia Geral das Nações Unidas no. 1386.
- Hockenberry, M., Wilson, D., & Rodgers, C. (2018). Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Ordem dos Enfermeiros (2010) – Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica – volume I. Cadernos OE, série I (3).
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série (N.º 133 de 12-07-2018), p. 19192–19194.
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série (N.º 26 de 06-02-2019), 4744-4750.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). Loures: Lusociência.



**11º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

***UC Estágio com Relatório
Ensino Clínico – Neonatologia***

Jornal de Aprendizagem

Miguel Pereira Gonçalves Negreiro

Professor Orientador:

Professora Sónia Patrícia Lino Borges Rodrigues

Enfermeira Orientadora:



**Lisboa
2021**

A escolha do local de estágio realizado em contexto de Neonatologia, um estágio que permite o desenvolvimento de competências especializadas no cuidado ao RN em situações complexas de saúde e na intervenção de enfermagem na transição para a parentalidade, foi realizado num hospital central de Lisboa, uma unidade que incorpora a unidade de cuidados intensivos neonatais (UCIN), a unidade de cuidados intermédios neonatais e uma sala de apoio aos pais. A unidade recebe RN com necessidades de cuidados especializados provenientes das urgências obstétricas e pediátricas, puerpério, bloco de partos e RN provenientes de outros hospitais da zona sul do país e transferidos pelo Instituto Nacional de Emergência Médica (INEM), sendo mais frequentes RN com cardiopatias congénitas.

Como objetivos específicos definidos para este contexto foco: prestar cuidados especializados de enfermagem ao RN e família, perceber a sensibilização da equipa de enfermagem face à promoção da sexualidade saudável na transição para a parentalidade e avaliar os receios presentes nos pais face ao novo papel parental, em especial na sua sexualidade e vida conjugal.

Por motivos de pandemia, fui obrigado a interromper o percurso neste local de estágio, cortando assim o contínuo de aprendizagem, sendo realizado o estágio em dois momentos distintos. Assim, face a esta situação, foquei-me mais nos cuidados prestados ao RN e suas famílias enquanto futuro EEESIP de modo a desenvolver o máximo de competências possíveis.

Também por sobrecarga da unidade em contexto de pandemia, não houve oportunidade de alocar um dia de formação dos profissionais para a realização de uma sessão de formação, que apesar de bem recebida pelos profissionais (pois reforçaram a importância e pertinência da temática, como algo muito pouco focado no serviço) não foi passível de ser realizada.

Assim houve uma necessidade de adequação de atividades face às necessidades do serviço e tempo de estágio, sendo realizado um jornal de aprendizagem como um instrumento de reflexão face à problemática e sensibilizar para o tema, passível de ser utilizado como justificação teórica para futuras intervenções destes profissionais da unidade.

O método de trabalho utilizado na unidade é o individual, sendo cada Enfermeiro responsável pelos cuidados ao RN atribuído. Um dos elementos mais visíveis no cuidado de enfermagem é a promoção do sono do RN, na medida em que através da concentração e minimização das manipulações, posicionamento

adequado, redução de estímulos e gestão do ambiente (nomeadamente a redução da luminosidade e ruído, desligando as luzes e estores da unidade, desligando prontamente os monitores e equipamentos, utilizando tons de voz baixos e cobrindo as incubadoras com capas).

Na unidade, o ambiente tenta ir de encontro a uma humanização de cuidados, utilizando uma decoração com desenhos infantis nas paredes e um espaço amplo em contraste com o ambiente tecnológico inerente ao contexto. A tentativa de tornar este ambiente mais familiar é também evidente, incentivando os pais a incluírem objetos pessoais nas unidades do RN (roupas, fraldas, fotografias e chuchas). Inclui ainda uma zona de apoio aos pais, como zona de descanso incluindo cadeirões e cacifos para deixarem os seus pertences.

Um ponto de destaque desta unidade é o forte investimento na área de formação por parte da equipa de enfermagem, realizando sessões de formação frequentes e com vários projetos em desenvolvimento, nomeadamente nos cuidados neuroprotetores, sono e posicionamento, aleitamento materno, alimentação oral, dor, controlo de infeção, método canguru, cuidados paliativos, entre outros, que por motivos de pandemia encontrava-se suspenso de modo a dar respostas às necessidades emergentes do serviço.

Como filosofia inerente aos cuidados destes RN saliento os cuidados para o desenvolvimento, onde os cuidados são planeados tendo em consideração as necessidades individuais de cada criança, podendo haver flexibilidade tanto nos cuidados como no ambiente envolvente (Coughlin, Gibbins & Hoath, 2009). É também colocada em consideração a parceria de cuidados com as famílias e o estabelecimento de uma relação precoce com o RN de modo a influenciar positivamente a parentalidade e a preparação para alta hospitalar do RN.

Os cuidados neuroprotetores são também fulcrais nas intervenções ao RN, pelo risco de aumento significativo de sequelas do seu neurodesenvolvimento, identificando o efeito protetor dos corticoides, aleitamento materno e da boa evolução ponderal e do perímetro craniano assim como da influencia de fatores ambientais e socioeconomicos (Resende et al., 2017). Aqui, o reconhecimento da importância dos fatores ambientais, despertou a adoção de estratégias neuroprotetoras cuja finalidade passa por reduzir o risco de exposição do RN ao stress e aos seus efeitos negativos.

No que toca a aplicabilidade do projeto de estágio, a reflexão acerca da transição para a parentalidade, com base na teoria de Afaf Meleis, surge em

destaque, na medida em que esta nova etapa de ciclo de vida implica um ajustamento a um conjunto de mudanças, redefinição de papéis pessoais e sociais, na transição para o papel de mãe e de pai, enquanto casal e família que altera rotinas e adquire novas competências que permitam o cuidar do novo membro da família. Aqui a teoria das transições é aplicada pelos profissionais, tentando perceber as suas necessidades parentais com base na sua experiência vivenciada e atuando perante os mesmos (Meleis, 2010).

A transição para a parentalidade aumenta frequentemente o stress, os problemas e diferenças já existentes entre o casal, potenciando a insatisfação sexual conjugal e o risco do impacto negativo na família (Leal & Maroco, 2010).

Leal & Maroco (2010) referem ainda que a satisfação parental está diretamente ligada a uma maior satisfação marital, maior perceção dos papéis parentais, maior satisfação com a vida e maior eficácia no desenrolar dos papéis parentais.

O apoio dos familiares e dos profissionais de saúde surge então como estratégias essenciais na vinculação da relação pais/filho e capacita estes pais a cuidarem do seu filho após a alta hospitalar, sendo que referem que “sem as orientações da equipa de saúde teriam dificuldade na prática da parentalidade” (Guimarães et al., 2018, p.8).

Torna-se relevante que o profissional de saúde estimule os pais a verbalizar as suas preocupações, dúvidas e receios, estabelecendo uma relação de confiança e empatia. É necessário o profissional comunicar de forma compreensível e implementar ações de educação para a saúde que promovam o cuidado ao recém nascido (Guimarães et al., 2018).

Os enfermeiros surgem assim como modelos para estes pais, que observando o cuidado prestado, aprendem a fazê-lo, facilitando assim o processo de parentalidade pelo acolher do bebé, pais e família, favorecendo a aceitação do filho hospitalizado, promovendo a vinculação familiar e orientando/encorajando os pais a tornarem-se aptos a cuidar do seu filho (Guimarães et al., 2018).

Na unidade onde estagiei tive oportunidade de observar e prestar cuidados com estas permissas em mente. O acolher da família, o tempo retirado pelos profissionais para informar e criar uma relação com os pais, a inclusão dos pais nos cuidados prestados, a espera pelo turno onde os pais viriam para os encorajar a prestar cuidados (em especial os cuidados de higiene) e ainda a fomentação de contacto e vinculação com o seu filho pelo método canguru foram alguns exemplos

de intervenções da equipa de enfermagem que tinham como objetivo a facilitação deste processo de transição.

A facilitação deste processo de transição para a parentalidade promove não só os cuidados essenciais ao RN, mas também uma maior satisfação do casal pronto a cuidar do seu filho nesta nova fase de vida. Assim, também uma maior satisfação de papéis conjugais e de relação amorosa serão visíveis, promovendo uma maior aceitação do processo e comunicação entre o casal que mais facilmente transmitirá os seus receios e dúvidas e promoverá assim o estabelecimento de uma melhor relação e vida sexual.

Por outro lado, também as alterações vividas durante a gravidez e a forma como foram vivenciadas entre o casal poderá também facilitar ou dificultar a forma como vivem a sua sexualidade após o nascimento do bebé. A exaustão, o aumento de peso, a insatisfação generalizada com a sua imagem corporal são dificuldades sentidas pela mulher no pós-parto, sendo que também a privação de sono descrita como uma dificuldade acrescida à autoestima da mulher, afetando consequentemente a sua atividade sexual (Martins, 2017).

A compreensão, confiança e segurança transmitida pelo pai relativamente à sua função paterna surge como fator facilitador na confiança entre o casal, com tendência a fortalecer a sua relação conjugal, na medida que permite também abordar a sua intimidade em conjunto e apostando muitas vezes em gestos de carinho como formas substanciais de sexualidade (e desmistificando a ideia de sexualidade enquanto apenas penetração) enquanto a mulher não se sente preparada para mais (Martins, 2017).

A perceção da vida e atividade sexual nestes pais, em especial os de primeira viagem, encontra-se então diretamente relacionada com a sua relação conjugal, confiança e segurança face a resolução de problemas com que se deparam na vivência e descoberta da parentalidade, na medida em que uma melhor preparação deste papel, uma comunicação mais eficaz e uma resolução de potenciais problemas trará ao casal uma melhor resolução pessoal e consequentemente uma aceitação e compreensão da sua atividade sexual, que poderá implicar mudanças.

Este papel facilitador da transição para a parentalidade, considerando não só as necessidades do RN, mas também a relação conjugal do casal, deverá ser considerado pelo EEESIP, não só enquanto enfermeiro numa unidade neonatal, mas também em consequentes consultas de vigilância de saúde, quer vigilância infantil

como em saúde materna, promovendo uma expressão da sexualidade saudável entre o casal que consequentemente possibilitará uma vivência e dinâmica familiar mais saudável enquanto nova família (pais e filho).

O modo como os homens e as mulheres vivenciam o seu papel parental, as dimensões se sentem satisfeitos com ele, as suas semelhanças e diferenças e os fatores que o influenciam enquanto componentes individuais, influenciam também o seu papel parental e vida familiar, possibilitando a compreensão da adaptação familiar com vista a um equilíbrio dinâmico (Leal & Maroco, 2010).

Também Leal & Maroco (2010) referem que intuitivamente, a satisfação parental é percebida como o a percepção de prazer e gratificação com o papel de mãe ou de pai e terá impacto na socialização da criança, sendo que o uso de reforço positivo e de tempo em interação com a criança estão diretamente relacionados com este domínio.

A prestação de cuidados ao RN e família, no contexto de neonatologia, com base na PBE e reflexão sobre a mesma, contribuíram para o meu desenvolvimento profissional enquanto EEESIP, tributando com contributos ao nível das competências de EE, no que diz respeito ao desenvolvimento de práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua (B2), refletindo com a equipa acerca desta nova temática, muitas vezes esquecida, que tanto poderá melhorar a vida destes novos pais que cuidamos, e do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, baseando a prestação de cuidados em evidência científica (D2, D2.1, D2.2.3, D2.2.4, D2.2.6). Adotando como norteadora da minha atuação, a facilitação da transição para a parentalidade e cuidados neuroprotetores ao RN com ênfase na implementação de estratégias protetoras e promotoras de saúde, foi possível potenciar um melhor neurodesenvolvimento do RN, contribuindo para a manutenção de um ambiente terapêutico e seguro (B3) (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Destaco ainda o desenvolvimento de competências específicas do EEESIP, nomeadamente a nível da promoção da vinculação, de forma sistemática, da tríade mãe/pai/RN (E3.2.), através da promoção do contacto precoce do RN com os pais, potenciando o desenvolvimento de laços familiares (E3.2.4.), da promoção da amamentação (E3.2.5.), da promoção da esperança dos pais (E3.2.3) e da negociação do envolvimento dos pais enquanto parceiros no cuidar, o mais precocemente possível (E3.2.6.). Foram também desenvolvidas competências a nível

da promoção e desenvolvimento de competências parentais através de ensinios e orientações (E1.1.4.), fomentando a adoção de comportamentos potenciadores de saúde (E1.1.5) e facilitando a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança do RN (E1.2.8.). No que diz respeito à preparação para a alta, através da orientação antecipatória às famílias, considero ter sido facilitada pelas competências adquiridas em contexto de trabalho, já que é frequente e necessária a transmissão de informação orientadora para a promoção da adaptação à doença, visando facultar à criança/família os conhecimentos e habilidades necessários para a continuidade dos cuidados quer na comunidade quer no domicílio, bem como para a promoção do exercício da parentalidade (E2.5.). Além disso, a prestação de cuidados ao RN em contexto de UCIN, em estado grave, permitiu-me, ainda, o desenvolvimento de competências no reconhecimento de situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte, prestando cuidados de Enfermagem apropriados (E2.1., E2.1.1.). A implementação de intervenções não-farmacológicas para o alívio da dor e de intervenções promotoras do sono, a par da realização de ensinios aos pais contribuíram também para a gestão diferenciada da dor e do bem-estar do RN (E2.2., E2.2.1, E2.2.2, E2.2.3.) assim como a implementação e gerência em parceria de um plano de saúde promotor de parentalidade (E1.1) (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Coughlin M., Gibbins S., Hoath S. (2009). Core measures for developmentally supportive care in neonatal intensive care units: theory, precedence and practice. *Journal of Advanced Nursing*, 65 (10): 2239-2248. Acedido em: 05/09/2021. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2779463/>
- Guimarães, M., Santos, I., Silva, L., Christoffel, M. & Silva, L. (2018). Parentalidade de pais de recém-nascidos hospitalizados por sífilis congénita à luz da teoria das transições. *Texto Contexto Enfermagem*, 27(4), pp. 1-11. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0104-07072018001190017>
- Leal, I., & Maroco, J. (2010). *Avaliação em sexualidade e parentalidade*. Porto: Legis Editora.
- Martins, L. (2017). *A gravidez e o casal – o impacto da transição para a parentalidade na vida conjugal e sexual do casal* (Dissertação de Mestrado). Disponível em: <http://hdl.handle.net/10316/84202>
- Meleis, A. I. (2010). *Transitions Theory: Middle-Range and situation specific theories in nursing and practice*. New York: Springer Publishing Company.
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série (N.º 133 de 12-07-2018), p. 19192–19194.
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série (N.º 26 de 06-02-2019), 4744-4750.
- Resende, C., Martins, D., Faria, D., Taborda, A. (2017). Neurodesenvolvimento em Crianças Nascidas Pré-Termo de Muito Baixo Peso: Fatores de Risco Ambientais e Biológicos. *Acta Pediátrica Portuguesa*. 48: 212-21. Acedido em: 05/09/2021. Disponível em: <https://actapediatrica.spp.pt/article/download/10366/9378>

APÊNDICE XI

Plano de Sessão da Formação “*Maus tratos infantis: Intervenções do enfermeiro na identificação e atuação precoce no abuso sexual na criança e jovem*”

PLANO DE SESSÃO SUP

Título	Maus tratos infantis: Intervenções do enfermeiro na identificação e atuação precoce no abuso sexual na criança e jovem.
Objetivo Geral	Refletir acerca da prática dos enfermeiros na identificação e atuação precoce face a situações de maus tratos infantis, em especial no abuso sexual, num serviço de urgência pediátrica.
Objetivos Específicos	Relembrar conceitos base associados aos maus tratos.
	Enunciar as especificidades do abuso sexual na criança e no jovem.
	Conhecer políticas de atuação face a situações de maus tratos infantis ou em risco de maus tratos.
	Identificar os principais princípios de intervenção de enfermagem neste domínio
	Identificar as normas em vigor no serviço em questão.
	Analisar e refletir acerca das práticas diárias de enfermagem da equipa e meios de melhoria das mesmas com foco nos ensinamentos retidos.
Data de sessão	11 de Maio de 2021, às 14h30
Local da Sessão	WEBINAR via ZOOM
Formador	Enf. Miguel Negreiro – Aluno MEESIP
População-alvo	Enfermeiros do serviço de urgência pediátrica [REDACTED]

Plano de conteúdos	<i>Apresentação e contexto</i>	<i>Objetivos</i>	<i>Maus tratos Infantis</i>	<i>Abuso Sexual</i>	<i>Intervenções de Enfermagem e Normas</i>	<i>Considerações finais</i>	<i>Análise e reflexão</i>
Tempo de exposição (30min. total)	2 min.	2 min.	4 min.	4 min.	5 min.	3 min.	10 min.
Meios Utilizados	Exposição	Exposição	Exposição	Exposição	Exposição	Exposição Apresentação do Livro Azul	Discussão de casos da prática clinica refletindo acerca dos ensinios retidos
Avaliação	Questionário online de avaliação de formação.						

APÊNDICE XII

Sessão da Formação “*Maus tratos infantis: Intervenções do enfermeiro na identificação e atuação precoce no abuso sexual na criança e jovem*”

MAUS TRATOS INFANTIS

Intervenções do enfermeiro na identificação e atuação precoce no abuso sexual da criança e jovem

11º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA
UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Discente: Miguel Negreiro N. 2792

Orientador: Professora Sónia Rodrigues

Orientador Clínico: [REDACTED]



Índice

01

OBJETIVOS

**Apresentação dos
objetivos da sessão de
formação**

02

MAUS TRATOS INFANTIS

**Tipologia de maus tratos com
ênfase no abuso sexual**

03

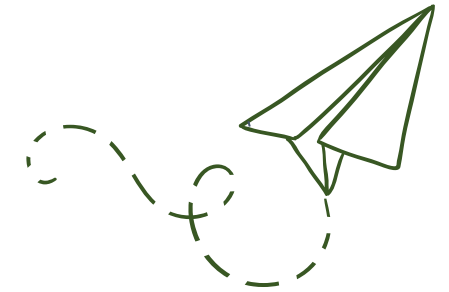
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

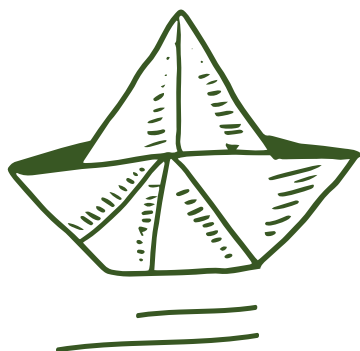
**Princípios e orientação das
intervenções de enfermagem com
ênfase na norma de atuação do
serviço de urgência pediátrica do**

04

CONSIDERAÇÕES FINAIS E REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

**Bibliografia utilizada/sugerida na
realização da apresentação e
abordagem da temática**





01. OBJETIVOS

Refletir acerca da prática dos enfermeiros na identificação e atuação precoce face a situações de maus tratos infantis, em especial no abuso sexual, num serviço de urgência pediátrica

Relembrar conceitos base associados aos maus tratos

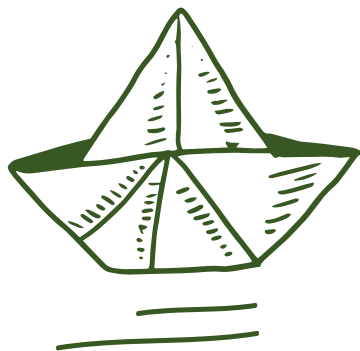
Identificar as principais princípios de intervenção de enfermagem neste domínio

Enunciar as especificidades do abuso sexual na criança e no jovem

Identificar as normas em vigor no serviço em questão

Conhecer políticas de atuação face a situações de maus tratos infantis ou em risco de maus tratos

Analisar e refletir acerca das práticas diárias de enfermagem da equipa e meios de melhoria das mesmas com foco nas aprendizagens expostas.



02. MAUS TRATOS INFANTIS

TIPOLOGIA DE MAUS TRATOS



TIPOLOGIA DE MAUS TRATOS

Negligência

- Incapacidade de proporcionar satisfação das necessidades básicas indispensáveis ao crescimento e desenvolvimento
- **Ex:** Carência de higiene ou lesões acidentais

Físicos

- Ação não-acidental que provoca ou possa vir a provocar dano físico
- **Ex:** Fraturas ou síndrome da criança abandonada

Psicológicos/ Emocionais

- Privação de um ambiente de bem-estar e segurança afetiva indispensável ao crescimento e desenvolvimento
- **Ex:** Ansiedade

S. Munchausen

- Atribuição de sinais e sintomas de modo a atribuir uma patologia clínica
- **Ex:** Administrar fármaco ou semi-sufucação

TIPOLOGIA DE MAUS TRATOS

ABUSO SEXUAL

Envolvimento da criança/jovem em atividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou indivíduo mais velho.

Relação de poder e autoridade

A criança/jovem **não tem capacidade para compreender** o que é nem de perceber que é vítima de abuso

Sem capacidade de dar o seu consentimento livre e esclarecido

Sinais / Sintomas

- Lesões externas nos órgãos genitais
- Presença de espermatozoides no corpo
- Lassidão anormal do esfíncter anal
- Fissuras anais
- Leucorreia recorrente/persistente
- Prurido, dor, edema vaginal e /ou anal
- Lesões escrotais e do pénis
- Equimoses e petéquias na mucosa oral
- Laceração do freio dos lábios
- Laceração do hímen
- IST's
- Gravidez indesejada

TIPOLOGIA DE MAUS TRATOS

ABUSO SEXUAL

Importunar a
criança

Obrigar a presenciar
conversas ou
espetáculos
obscenos

Utilização em
fotografias ou
filmagens

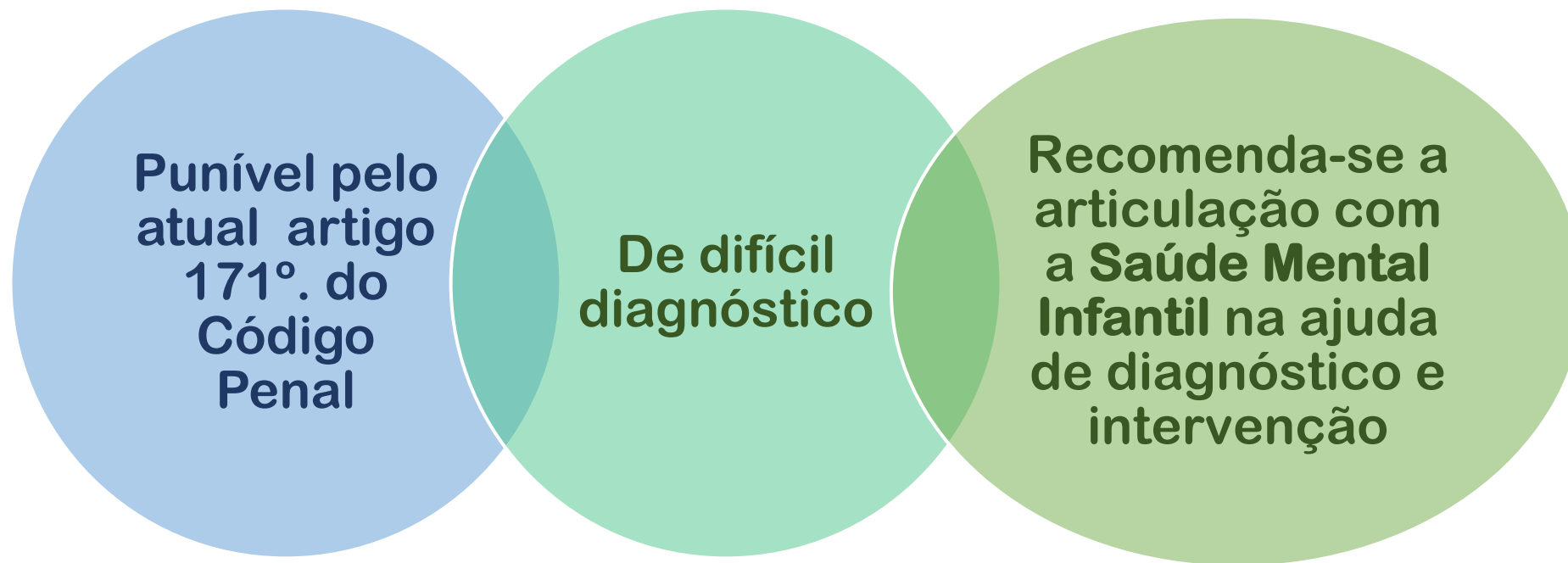
Prática de coito

Introdução vaginal
ou anal de objetos

Manipulação de
órgãos sexuais

TIPOLOGIA DE MAUS TRATOS

ABUSO SEXUAL



TIPOLOGIA DE MAUS TRATOS

Ligeiros

Sintomas não
justificam
intervenção ou
tratamento

Moderados

Requerem
intervenção e
plano de
intervenção
interdisciplinar

Graves

Colocam em
causa a
integridade
física e
emocional da
criança

TIPOLOGIA DE MAUS TRATOS

Fatores de risco

- Qualquer influencia que aumente a probabilidade de ocorrência ou de manutenção de situações de maus tratos

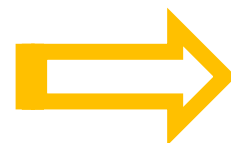
Fatores de Proteção

- Variáveis Biopsicossociais que apoiam e favorecem o desenvolvimento individual e social
- Removem ou minoram o impacto dos fatores de risco

Fatores de Agravamento/ Crises de vida

- Eventos ou novas circunstancias de vida que alteram a dinâmica entre os fatores de risco e os de proteção
- Podem precipitar ocorrência de maus tratos

FATORES DE RISCO
+ FATORES DE AGRAVAMENTO/CRISES
– FATORES DE PROTEÇÃO



SITUAÇÃO DE PERIGO

CONTEXTO DEMOGRÁFICO

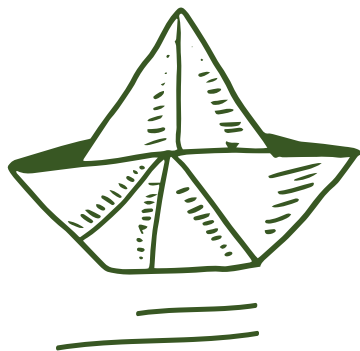
5.628 crianças e jovens vítimas de crimes e violência entre 2013 e 2018 com um crescimento gradual ao longo dos anos

Mais comum em indivíduos do **sexo feminino e em idades entre os 11 e os 17 anos**

Maioritariamente praticado em **contextos em que a criança é o filho do autor do crime**, no seu contexto de **residência**



O **abuso sexual é o tipo de maus tratos mais comum**, no sexo feminino dos 14 aos 17 anos num contexto intrafamiliar por autores masculinos



03. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

PRINCIPIOS ORIENTADORES

Interesse superior
da criança

Privacidade e
intervenção mínima

Intervenção precoce

Intervenção
proporcional e atual

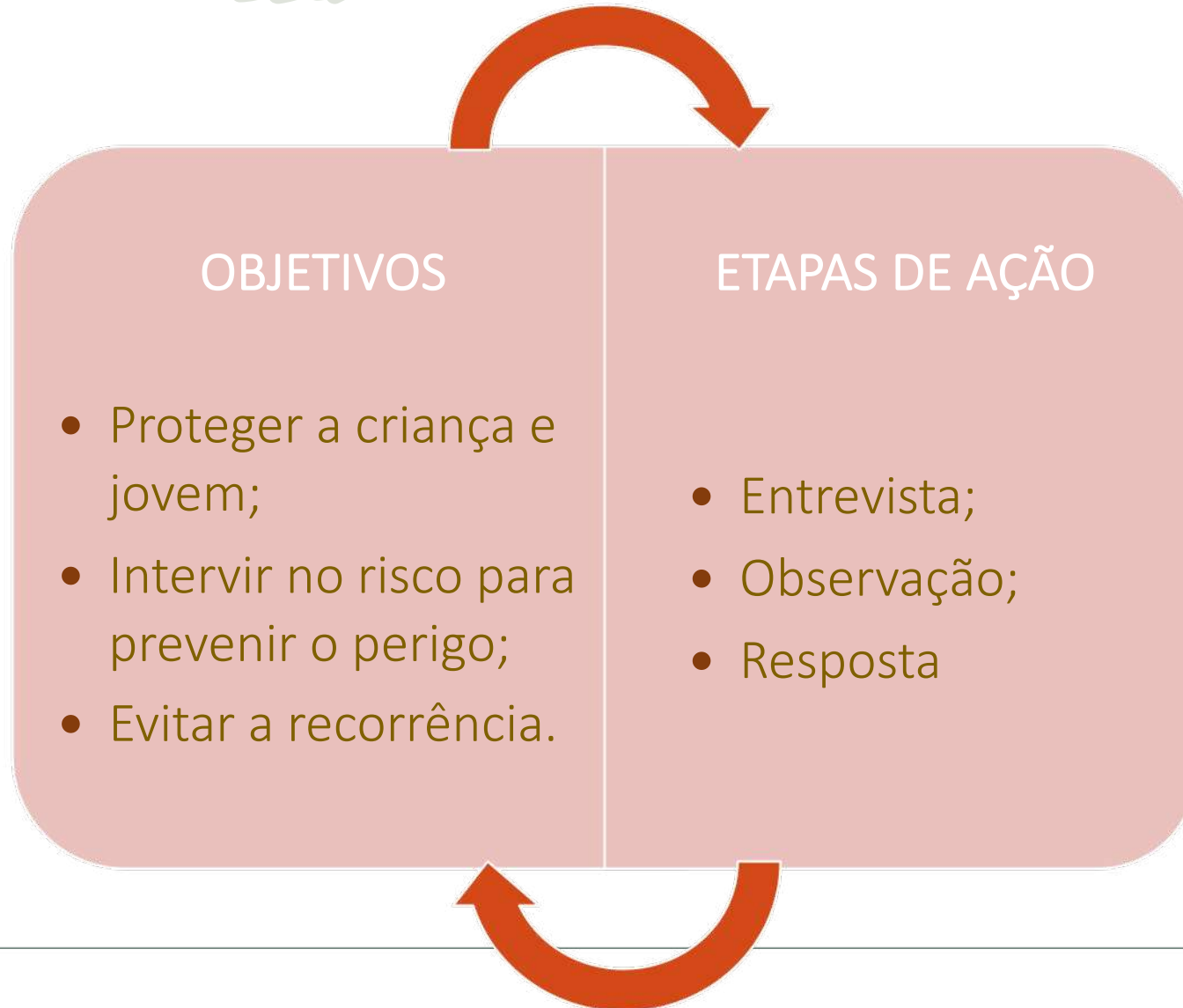
Responsabilidade
parental

Obrigatoriedade de
informação

Participação e
acompanhamento

Subsidiariedade na
intervenção

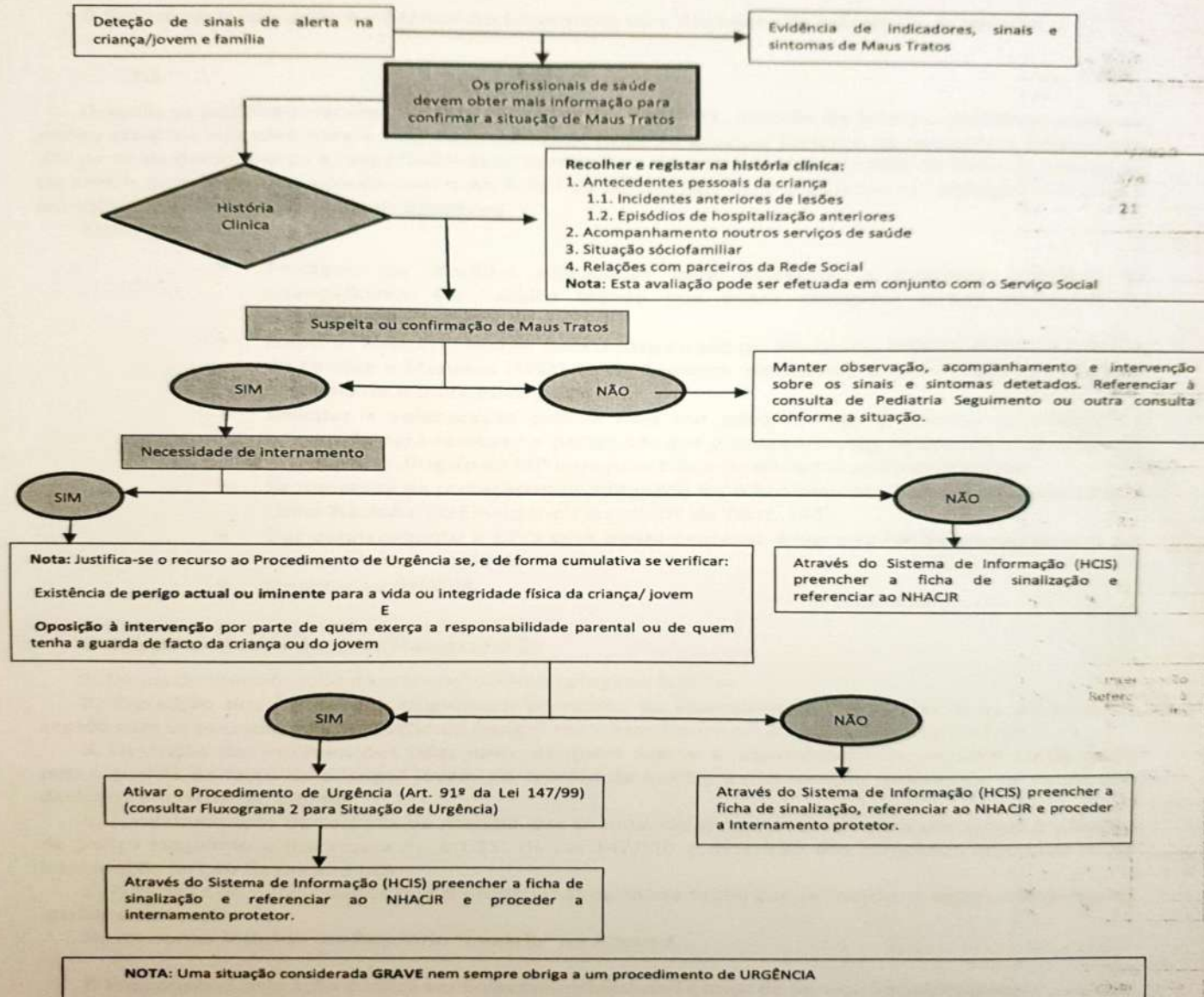
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM



INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM



FLUXOGRAMA 1 - Procedimento em situação de Maus Tratos



Após deteção de fatores de risco, proteção e de agravamento/crises de vida e de sinais de alerta

Averiguar necessidade de recurso a Procedimento de Urgência

Situação de Urgência – implica a existência cumulativa de:

Perigo atual ou iminente para a vida ou integridade física da criança ou do jovem

E

Oposição à intervenção por parte de quem exerça o poder paternal ou de quem tenha a guarda de facto da criança ou do jovem

O Profissional de Saúde activa o Procedimento de Urgência (Art.º 91º da Lei 147/99)

1. Ponderar as medidas adequadas para assegurar a protecção imediata da criança/jovem (ex: adulto idóneo que possa assegurar a sua protecção)
2. Elaborar Relatório escrito para o Magistrado do Ministério Público (MP) do Tribunal de Família e Menores (TFM) ou da Comarca, solicitando a intervenção judicial
3. Solicitar a colaboração policial para dar cumprimento à medida considerada a adequada para remover o perigo em que a criança/jovem se encontra, já proposta no relatório dirigido ao M;
4. Se a medida de protecção mais adequada for o Acolhimento Temporário, contactar a Linha Nacional de Emergência Social (N.º de Telef. 144)
5. Dar conhecimento à CPCJ caso exista processo ativo a favor da criança/jovem em apreço
6. Sinalizar ao NHACJR através de preenchimento de ficha de sinalização disponível no sistema de Informação HCIS e enviar cópia do relatório em envelope fechado ao c/ do NHACJR.

NOTA 1: - Após o envio da informação ao Magistrado do MP, a medida tomada pelo profissional de saúde está legitimada por 48H - No prazo de 48H o Tribunal deve pronunciar-se sobre a situação, dando informação de retorno: - ou confirma as medidas tomadas - ou determina o que tiver por conveniente para o destino da criança/jovem

Do Relatório deve constar:

1. Dados de identificação da criança/jovem e agregado familiar
2. Descrição dos factos que originaram o recurso ao Procedimento de Urgência, se possível, de acordo com os exemplos de "Situação de Perigo" mencionados no n.º 2 do art. 3.º da Lei 147/99
3. Descrição das intervenções tidas junto de quem exerce a responsabilidade parental ou de quem tem a guarda de facto da criança/ jovem no sentido de aceitar a intervenção proposta e os factos que demonstrem oposição àquela;
4. Fundamentação da tomada de medida que se entende ser a adequada para por termo à situação de perigo (seguindo a hierarquia do art.35.º da Lei 147/99) e descrição dos princípios orientadores da intervenção (art.4º da mesma Lei)
5. Prestação de outros dados que o profissional de saúde tenha conhecimento e sejam relevantes na análise da situação

Nesta Norma inclui-se um Relatório "modelo" no Anexo 4

NOTA 2: O facto de ter sido pedida uma intervenção da CPCJ ou do Tribunal, não desvincula os Serviços de Saúde do SNS de manterem o acompanhamento continuado da vigilância de saúde da criança/jovem e família

Artigo 91º Procedimentos urgentes na ausência do consentimento

- 1 — Quando exista perigo actual ou iminente para a vida ou integridade física da criança ou do jovem e haja oposição dos detentores do poder paternal ou de quem tenha a guarda de facto, qualquer das entidades referidas no artigo 7.º ou as comissões de protecção tomam as medidas adequadas para a sua protecção imediata e solicitam a intervenção do tribunal ou das entidades policiais
- 2 — As entidades policiais dão conhecimento, de imediato, das situações referidas no número anterior ao Ministério Público ou, quando tal não seja possível, logo que cesse a causa da impossibilidade
- 3 — Enquanto não for possível a intervenção do tribunal, as autoridades policiais retiram a criança ou o jovem do perigo em que se encontra e asseguram a sua protecção de emergência em casa de acolhimento temporário, nas instalações das entidades referidas no artigo 7.º ou em outro local adequado

NECESSIDADE DE PROCEDIMENTO DE URGÊNCIA

**Perigo atual ou iminente
para a vida ou integridade
física da criança/jovem
com oposição a
intervenção de quem tem
guarda parental**

(Norma de orientação clínica, 2020)

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Fundamentação:

Os sucessivos Governos Constitucionais, através dos seus Programas para a Saúde, têm vindo a desenvolver políticas de diferenciação positiva orientadas para os cidadãos mais vulneráveis. Neste domínio, a Ação da Saúde constitui uma resposta efetiva ao fenómeno da violência interpessoal, tendo merecido particular atenção nos últimos anos.

Recentemente foi criado, no âmbito da Direção-Geral da Saúde (DGS), o Programa Nacional de Prevenção da Violência no Ciclo de Vida (PNPVCV). Despacho n.º 9494/2019 – Diário da República n.º 202/2019, Série II de 2019-10-21 que prevê a inclusão da atual Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco e outras ações no âmbito do combate à violência, reforçando a prevenção e a resposta aos maus tratos e à violência ao longo do ciclo de vida.

O seu grande objetivo consiste em reforçar, no âmbito dos serviços de saúde, os mecanismos de prevenção, diagnóstico e intervenção no que se refere à violência interpessoal, nomeadamente em matéria de maus tratos em crianças e jovens, violência contra as mulheres, violência doméstica e em populações de vulnerabilidade acrescida. Neste âmbito, procura-se estabelecer uma mudança gradual quanto ao paradigma da intervenção evoluindo-se de uma atuação reparadora de lesões físicas e emocionais, decorrentes das situações de violência experienciadas, para uma abordagem mais holística, continuada e preventiva. Para a concretização deste objetivo é de primordial importância a sensibilização e formação dos profissionais de saúde para a deteção, o mais precoce possível, de fatores de risco e de perigo de ocorrência de situações de violência interpessoal, de modo a que a resposta possa ser atempada e eficaz.

Os Maus Tratos à criança configuram um fenómeno complexo, pela diversidade de fatores que os determinam e pelas diversas tipologias que apresentam. Importa também salientar o impacto negativo que tais atos têm no crescimento e desenvolvimento da criança, no funcionamento familiar e os custos elevados para a sociedade.

A abordagem da violência contra a criança enquanto problema de saúde pública carece de esforços conjugados, com cooperação intersectorial, interinstitucional e multiprofissional.

A continuidade de cuidados de enfermagem e a articulação com o Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco, doravante designado por NHACR, ou outros serviços hospitalares e os Cuidados de Saúde Primários torna-se crucial para deteção e acompanhamento precoce das situações de risco e/ou perigo, bem como a prevenção da sua recorrência.

A intervenção da Saúde neste domínio enquadra-se num contexto de responsabilidades partilhadas pelos diferentes atores da comunidade, conforme o regime jurídico consagrado na Lei de Proteção de Crianças e Jovens em Perigo (Lei n.º 147/99, de 1 de Setembro).

Acresce que os Maus Tratos em crianças e jovens configuram um crime público, o procedimento criminal não depende da apresentação de queixa por parte da vítima ou de quem detenha as responsabilidades parentais da mesma (art.º 152º - A, art.º 152º - B e art.º 178º do Código Penal e art.º 70º da Lei 147/99 de 1 de Setembro). Deste modo, os profissionais de saúde que da situação tenham conhecimento, devem denunciá-la, por escrito, ao Ministério Público do Tribunal Judicial.

Esta denúncia não tem tempo limite para ser apresentada e deverá acontecer depois de ponderar e assegurar que a proteção da criança/jovem não será posta em causa por tal diligência (art.º 70º da Lei 147/99 de 1 de Setembro).

MAUS TRATOS/NEGLIGÊNCIA

PROTOCOLO

Qualquer forma de violência física e (ou) emocional, não acidental e inadequada, resultante de disfunções e (ou) carências nas relações entre crianças ou jovens e pessoas mais velhas, num contexto de uma relação de responsabilidade, confiança e (ou) poder. (adaptado de Teresa Magalhães, in Maus Tratos à criança e jovens, 2004)

RECOLHA DE INFORMAÇÃO/AVALIAÇÃO/ENCAMINHAMENTO

- Ouvir de modo empático a criança e o acompanhante (se necessário em separado)
- Convocar os pais/representante legal para os poder ouvir, caso estes não sejam os acompanhantes
- Observar a criança em condições de privacidade e respeito
- Dar conhecimento ao chefe de equipa de Urgência.
- Contactar o Serviço Social para proceder a avaliação imediata e conjunta (tmi 961371457)
- Descrever detalhadamente as lesões observadas e, se possível, fotografar com autorização prévia
- Preencher a ficha de sinalização ao Núcleo de Apoio à Criança de forma perceptível e completa (caligrafia legível e descrição dos factos sem impressões ou julgos de valor)
- Imprimir o verbete de Urgência, anexar à ficha de sinalização e entregar em envelope fechado ao enfermeiro chefe de equipa ou directamente à assistente social
- O encaminhamento posterior será efectuado pelo NHAC

PONDERAR INTERNAMENTO:

- Se corre perigo actual ou iminente de vida/integridade física/psicológica ao voltar para casa (coabitação com o suspeito)
- Se tem lesões físicas/psíquicas que justifiquem o internamento

Comunicar o internamento aos pais/representantes legais com subtilidade, sem incriminações nem julgos de valor.

Se RECUSA Internamento - Aplicar Procedimento de urgência (artº91 da Lei 147/99)

- Se necessário contactar as autoridades policiais
- Contactar o Tribunal de Família e Menores, preferencialmente através do S. Social ou chefe equipa / enfermeiro chefe
- Enviar fax com a ficha de sinalização completamente preenchida e no item "Diagnóstico e Observações", na última página, escrever "necessidade de aplicação de procedimento de urgência ao abrigo do artigo 91 da lei 147/99 de Protecção de Crianças e Jovens" para o Tribunal de Família de Lisboa (fax 213562177) ou de Cascais (fax 214843679) conforme a área de residência
- DEVERÁ PROCEDER-SE AO INTERNAMENTO MESMO QUE NÃO HAJA RESPOSTA IMEDIATA DO Tribunal de Família e Menores, APESAR DESTE TER QUE SE PRONUNCIAR, EM 48 HORAS, RELATIVAMENTE À MEDIDA TOMADA PELO HOSPITAL

Protocolo ABILDO TERÇA, Página 13

Coleção
INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA

Projecto Rua
Centro de Apoio Comunitário

Livro Azul

Prevenção dos
Maus-Tratos na Infância



IAC
Instituto de Apoio à Criança

CONSIDERAÇÕES FINAIS

“O Estado deve proteger a criança contra todas as formas de maus-tratos por parte dos pais ou de outros responsáveis pelas crianças e estabelecer programas sociais para a prevenção dos abusos e para tratar as vítimas”

(UNICEF, 1990)

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

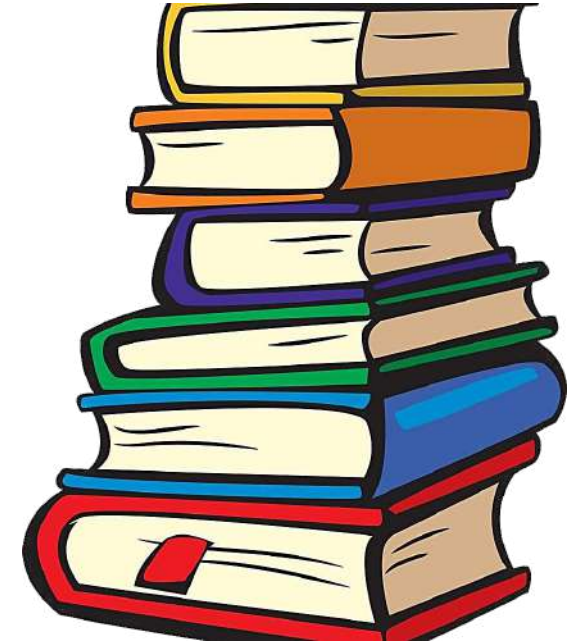
APAV. (2021). *Estatísticas APAV - Relatório Anual 2020*. Lisboa: Associação Portuguesa de Apoio à Vítima.

DGS. (2008). *Maus tratos em crianças e jovens: Intervenção da Saúde*, pp. 1-79.

DGS. (2011). *Maus tratos em crianças e jovens. Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*, pp. 1-61.

Norma de orientação clínica [s/n] (2020). Cuidados de enfermagem à criança e família em situações de risco/perigo. Centro Hospitalar de Lisboa Ocidental E.P.I. 1-21.

UNICEF. (1990). Para todas as crianças. Convenção sobre os direitos das crianças, pp. 1-80.



DISCUSSÃO, ANÁLISE E REFLEXÃO

DÚVIDAS? QUESTÕES?

Obrigado!



APÊNDICE XIII

Questionário de Avaliação da Sessão da Formação “*Maus tratos infantis: Intervenções do enfermeiro na identificação e atuação precoce no abuso sexual na criança e jovem*”

Questionário de avaliação de Sessão Formativa

A sua opinião acerca da formação terminada é bastante importante, pois permite o desenvolvimento de um processo de melhoria contínua e ajustamento dos programas e métodos utilizados em ações futuras.

Relativamente ao que entende ser a sua opinião face aos parâmetros abaixo indicados, atribua o valor 0 “nada” ao valor 5 “muito”.

1. Pertinência dos conteúdos da sessão de formação

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	4	5	
Nada	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito

2. Interesse/utilidade dos conteúdos lecionados

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	4	5	
Nada	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito

3. Adequação dos métodos utilizados na abordagem do tema

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	4	5	
Nada	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito

4. Adequação da durabilidade da sessão de formação

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	4	5	
Nada	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito

5. Domínio e clareza na exposição do material lecionado em formação

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	4	5	
Nada	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito

6. Estímulo à participação dos formandos na sessão

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	4	5	
Nada	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito

7. Documentação e bibliografia suficiente e adequada

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	4	5	
Nada	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito

8. Pontualidade/ cumprimento do horário da sessão

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	4	5	
Nada	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito

9. Pertinência do horário da sessão

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	4	5	
Nada	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito

10. Adequação aos métodos de formação

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	4	5	
Nada	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito

11. Concretização dos objetivos propostos

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	4	5	
Nada	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito

12. Concorda que esta sessão permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos?

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	4	5	
Nada	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito

13. Concorda que o nível das matérias abordadas foi adequado ao seu nível de conhecimento

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	4	5	
Nada	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito

14. Recomendaria esta sessão de formação a outros colegas

Marcar apenas uma oval.

	0	1	2	3	4	5	
Nada	☐	☐	☐	☐	☐	☐	Muito

15. Críticas/Sugestões/Comentários

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google.

Google Formulários

APÊNDICE XIV
Jornal de Aprendizagem - SUP



**11º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

*UC Estágio com Relatório
Ensino Clínico – Urgência Pediátrica*

Jornal de Aprendizagem

Miguel Pereira Gonçalves Negreiro

Professor Orientador:

Professora Sónia Patrícia Lino Borges Rodrigues

Enfermeira Orientadora:

**Lisboa
2021**

O estágio no Serviço de Urgência Pediátrica (SUP), um serviço escolhido pela sua particularidade de integrar a unidade de cuidados especiais pediátricos (UCEP), com utentes em particular estado frágil e complexo de saúde, que permitiu o desenvolvimento de competências em contexto de cuidados intermédios pediátricos e o desenvolvimento de estratégias de promoção de saúde pelo facto de serem internamentos mais longos do que em Sala de Observação (SO).

Como objetivos específicos delineados para este local de estágio foco: prestar cuidados especializados de enfermagem à criança/jovem e família em contexto de urgência pediátrica; e discutir com a equipa de enfermagem acerca da importância da intervenção de enfermagem face à criança/jovem vítima de abuso sexual.

A realização de estágio e prestação de cuidados de enfermagem no SUP permitiu-me o desenvolvimento de competências de cuidados especializados a criança/jovem e família em situações de especial complexidade, em especial pela utilização do Sistema de Triagem de Manchester, que segundo a norma da DGS, 002/2018 de 09/01/2018 "(...) tem como objetivo definir o nível de prioridade, a identificação de critérios de gravidade de uma forma objetiva e sistematizada, indicando a prioridade clínica com que a pessoa deve ser atendida e o respetivo tempo alvo que é recomendado até à primeira observação médica" (DGS, 2018, p. 9). Tive assim oportunidade, sob a supervisão da enfermeira orientadora, possibilidade de assumir controlo na prestação de cuidados, apreciação e na tomada de decisão clínica em ambiente de triagem e face a situações clínicas com elevada complexidade. Aqui torna-se essencial a perícia na observação e avaliação de situações de doença, de comunicação face ao grupo etário do utente com que o enfermeiro se depara, a mobilização de técnicas e estratégias de comunicação facilitadoras da interação enfermeiro-utente com o objetivo de identificar/avaliar as situações de gravidade, intervir e encaminhar de forma eficaz, considerando sempre o bem-estar e os principais interesses da criança e da sua família.

Dada a pouca experiência profissional relativa a mobilização de conhecimentos e técnicas de realização eficaz de triagem, utilizei estes momentos de estágio como momentos de grande aprendizagem, onde questionei e refleti acerca dos casos deparados e potenciais casos a encontrar com uma postura de observação participativa, desenvolvendo ao máximo competências nesta área de cuidados, tão essenciais ao EEESIP, na medida em que "a uniformização de procedimentos e as tomadas de decisão suportadas em algoritmos clínicos permitem aos profissionais de

saúde do serviço de urgência, dado o afluxo significativo de pessoas nestes serviços, uma atuação centrada em prioridades, um encaminhamento precoce da pessoa e a garantia de uma oferta de cuidados ajustada às necessidades, de maior qualidade e segurança” (DGS, 2018, p. 15).

Na sala de tratamentos, onde se realizavam procedimentos mais dolorosos e invasivos, tomei consciência da necessidade de preparação da criança e da sua família face aos procedimentos a realizar, na medida em que o SUP se considera um dos contextos onde as crianças e jovens sentem mais angústia, medo e stress na medida em que se deparam com uma situação inesperada de doença, acrescentando ainda o stress resultante da comunicação, muitas vezes comprometida entre o profissional e o utente durante estes procedimentos dolorosos (Martins & Silvino, 2010). Assim, tive em especial atenção sobre o impacto do stress no cliente, procurando implementar estratégias que o minimizasse, atendendo assim a um modelo de atuação de enfermagem no cuidado não-traumático, nomeadamente na mobilização do “Guia orientador de boas práticas – Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança”. Aqui, estratégias como o envolvimento no processo de cuidados em situações dolorosas ou que provocassem medo ou ansiedade, formando uma parceria com a família e o cliente por uma relação terapêutica, solicitando a colaboração dos pais como fonte de conforto e segurança e a utilização do reforço positivo, seja verbal ou em forma física como o uso de uma recompensa, foram intervenções refletidas e utilizadas de modo a fomentar uma boa experiência à criança e jovem, tentando criar memórias positivas sobre a experiência, que influenciam o seu comportamento e colaboração (OE, 2013). Barros (2003) e Jorge (2004) reforçam ainda que as ideias das crianças sobre o que é o hospital deriva das suas vivências anteriores.

Em contexto de Serviço de Observação (SO) surge como maior impacto a hospitalização inesperada. Por si só, a hospitalização envolve já vários stressors com impacto no dia-a-dia do utente e família, tornando-o mais vulnerável, aqui surgem sentimentos de incerteza, medo, ansiedade e desamparo relativos a situação clínica e a falta de informação disponível em tempo real, despoletando sentimentos de ansiedade e culpa por parte dos familiares. Jorge (2004, p.13) refere que “é sempre com apreensão que os pais aceitam a hospitalização de um filho. O seu papel de protetores desaparece aos seus olhos (...) perante a necessidade de aceitar as decisões de profissionais”. Assim torna-se essencial o apoio confiança por parte do

EEESIP, no sentido de preparar os pais da melhor forma possível, mobilizando fatores facilitadores no processo de transição saúde-doença, aqui mobilizando a teoria de Afaf Meleis anteriormente referida, e prestando o melhor apoio emocional possível. O EEESIP torna-se assim um elemento essencial na satisfação das necessidades de conforto da criança e seus familiares por uma relação empática e comunicando de forma clara e acessível.

No que toca a temática do projeto de estágio a implementar neste local de estágio, houve a necessidade de adaptação do mesmo, focando a intervenção do enfermeiro, em especial o EEESIP, na identificação, avaliação e atuação face a situações de maus tratos, em especial no abuso sexual.

Os maus tratos podem ser classificados como: negligência, a incapacidade de proporcionar satisfação das necessidades básicas indispensáveis ao seu crescimento e desenvolvimento; físicos, a ação não-acidental que provoca ou possa provocar dano físico; psicológicos e emocionais, a privação de um ambiente promotor de bem-estar e segurança afetiva indispensável ao crescimento e desenvolvimento; e síndrome de Munchausen, a atribuição de sinais e sintomas de modo a atribuir uma patologia clínica (DGS, 2011). O abuso sexual surge também como uma tipologia de maus tratos, sendo caracterizado como o envolvimento da criança e jovem em atividades cuja finalidade visa a satisfação sexual de um adulto ou indivíduo mais velho onde existe uma relação de poder e autoridade em que a criança não tem capacidade de compreender ou perceber que é vítima e consequentemente de dar o seu livre e esclarecido consentimento (DGS, 2011). Neste tipo de maus tratos surgem sinais e sintomas como lesões externas nos órgãos genitais, presença de esperma no corpo, fissuras anais, prurido, dor e edema vaginal ou anal, lesões escrotais e do pénis, gravidez indesejada, IST's, entre outros (DGS, 2011).

O abuso sexual pode passar por ações como o importunar a criança, obriga-la a presenciar conversas ou espetáculos obscenos, introduzir objetos na via vaginal ou anal, utilizar fotografias ou filmagens e manipulação de órgãos sexuais (DGS, 2011), sendo punível pelo atual artigo 171º. do código penal. Atualmente, o abuso sexual é o tipo de maus tratos mais comum em vítimas do sexo feminino, nomeadamente entre os 14 e os 17 anos de idade, sendo praticado maioritariamente num contexto intrafamiliar por autores masculinos (APAV, 2021).

Como princípios orientadores da intervenção de enfermagem face aos maus tratos, é necessário ter em consideração o interesse superior da criança, a

privacidade e intervenção mínima, a intervenção precoce, proporcional e atual, a responsabilidade parental, a obrigatoriedade de informação, a participação e acompanhamento e a subsidiariedade na intervenção aplicada, com o objetivo de proteger a criança e jovem, intervir na situação de risco de modo a prevenir o perigo e evitar a recorrência da situação, utilizando para tal etapas de ação como a entrevista, a observação e a resposta ativa (DGS, 2008).

Os serviços de urgência tornam-se assim locais privilegiados na deteção de situações de maus tratos, onde os profissionais lidam em primeira instância com estas situações delicadas. A DGS (2007), refere que são frequentes os pedidos de ajuda expressos e o atendimento a crianças e jovens com sinais ou sintomas de alerta exuberantes ou peculiares identificados pelos profissionais de saúde, sendo aqui a articulação com o Núcleo Hospitalar de Apoio à Criança e Jovem em Risco (NHACJR) essencial no apoio e acompanhamento destas crianças e famílias, pela elaboração de um plano de intervenção de apoio à família, a avaliação, acompanhamento e sinalização para outras identidades de intervenção (como por exemplo a Comissão de Proteção de Crianças e Jovens – CPCJ). Aqui o papel do EEESIP informado e alerta (pela aquisição de competências especializadas) para as situações de maus tratos infantis permite a atempada intervenção e resolução de situações alarmantes, sendo também capaz de discernir dentro da equipa multidisciplinar a pertinência de decisão de encaminhamento da criança para o NHACJR ou por sua vez para a CPCJ, na medida em que segundo o artigo 12º. da Lei nº 147/99 (1999), as comissões de proteção de crianças e jovens são instituições oficiais, não judiciais, com autonomia funcional que visam promover os direitos da criança e do jovem e prevenir ou pôr termo a situações suscetíveis de afetar a sua segurança, saúde, formação, educação ou desenvolvimento integral.

O interesse nesta temática em estudo ao longo do percurso de estágio, assim como o facto de no SUP existir uma enfermeira de referência que atua como elo de ligação ao NHACJR, permitiu-me face ao facto de não ter existido a possibilidade de lidar com casos clínicos de suspeitas de maus tratos, o estudo e reflexão sobre a intervenção dos enfermeiros que exercem a sua prática neste serviço face a situações de maus tratos. Assim pude constatar, após conferenciar com a enfermeira orientadora e vários elementos do serviço que existe uma norma de orientação clínica com um fluxograma delineado e revisto em 2020 que os enfermeiros apesar de saberem da sua existência, não sabiam concretamente qual o seu método de ação.

Face a esta situação realizei uma revisão da norma de orientação clínica em circulação e realizei um plano de sessão formativa com o intuito de recordar a estes profissionais os vários tipos de maus tratos, os seus sinais e sintomas e formas de atuação com base em protocolos internos do serviço em questão. A sessão foi então realizada sob o olhar da enfermeira orientadora e focou-se, como dito anteriormente, nos vários tipos de maus tratos, focando especialmente o abuso sexual como aspeto mais desenvolvido face às estatísticas atuais de Portugal. Foi também realizado um questionário de avaliação de sessão que revelou a importância e a receção desta temática aos profissionais que revelaram não ter tantos conhecimentos aprofundados nesta temática, sendo esta uma realidade tão importante face ao serviço em questão.

Face à falta de material de apoio às crianças e adolescentes vítimas de maus tratos, tive ainda a oportunidade de contactar o Instituto de Apoio à Criança (IAC) que forneceu material didático infantil, que foca de uma forma didática a prevenção dos maus-tratos na infância, através de contos, histórias, atividades como palavras cruzadas que promovem na criança o conhecimento de sinais de alarme face a estas situações, incluindo ainda uma secção final dedicada aos adolescentes, com enfoque no uso das tecnologias como recurso a pedidos de ajuda necessários. Assim, foram entregues ao serviço vários exemplares deste Livro Azul, que incluía estas atividades, e vários posters da instituição que focam de uma forma criativa e impactante os aspetos fulcrais desta temática em estudo, de modo a despertar nos profissionais esta atenção.

No SUP, cabe também ao Enfermeiro Especialista a realização da gestão da equipa de enfermagem, pelas três valências do serviço, delegando, orientando e supervisionando os cuidados prestados e garantindo a segurança e a qualidade dos mesmos, exigindo também de si a gestão de situações de urgência mais complexas.

Estes cuidados vão de encontro ao desenvolvimento de competências comuns como “C1. Gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde”, na medida em que as competências de gestão de cuidados, demonstrada pelo EEESIP, neste contexto, permite-lhe intervir de forma rápida e dando uma resposta eficaz aos problemas por ele identificados, possibilitando também a prevenção de possíveis focos de instabilidade e complicações para a saúde da criança/adolescente. Cabe ainda ao EEESIP reconhecer situações de real ou possível instabilidade, mobilizar conhecimentos técnico-científicos e aplicá-los durante a prática de cuidados em situações de especial

complexidade (OE, 2010). Competências comuns como “A2.1 Promove a proteção dos direitos humanos, B1.2 Orienta projetos institucionais na área da qualidade e C2.1 Otimiza o trabalho de equipa adequando os recursos as necessidades de cuidados” são exemplos de competências desenvolvidas enquanto futuro EEESIP ao longo da prestação de cuidados observada, refletida e colocada em prática no serviço em questão (Diário da República, 2018).

Este contexto de estágio facilitou assim o percurso de desenvolvimento da competências específicas como: “E2. Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, E2.1: Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados”. Também a reflexão sobre a ação do profissional especializado face a identificação e atuação perante situações de maus tratos da resposta ao desenvolvimento da competência específica “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, E1.2.4 Identifica situações de risco para a criança e jovem (maus tratos, negligência e comportamentos de risco e E1.2.6 Assiste a criança em situações de abuso, negligência e maus tratos” (Diário da República, 2018).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- APAV. (2021). *Estatísticas APAV - Relatório Anual 2020*. Lisboa: Associação Portuguesa de Apoio à Vítima.
- DGS. (2008). *Maus tratos em crianças e jovens: Intervenção da Saúde*. pp. 1-79.
- DGS. (2011). *Maus tratos em crianças e jovens. Guia prático de abordagem, diagnóstico e intervenção*. pp. 1-61.
- DGS (2018). *Norma 002/2018 Sistemas de Triagem de Serviços Urgência*. Norma No. 002/2018 de 09/01/2018, pp.1–23. www.dgs.pt
- Jorge, A. (2004). *Família e Hospitalização da Criança*. Loures: Lusociência.
- Lei no. 147/99 (1999). *Lei de protecção de crianças e jovens em perigo*. Assembleia da República. Diário da República, I Série (No 204 de 01-09-1999), 6115-6132. ELI: <https://dre.pt/application/conteudo/581619>.
- Martins, T., & Silvino, Z. (2010). *Um marco conceptual para o cuidado a criança hospitalizada à luz da teoria de Neuman*. Cogitare Enfermagem, 15 (2), 340-344.
- OE. (2010). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série (N.º 26 de 06-02-2019), 4744-4750.
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série (N.º 133 de 12-07-2018), p. 19192–19194.

APÊNDICE XV

Jornal de Aprendizagem – Centro de desenvolvimento da criança



**11º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

***UC Estágio com Relatório
Ensino Clínico
- Centro de Desenvolvimento da Criança -***

Jornal de Aprendizagem

Miguel Pereira Gonçalves Negreiro

Professor Orientador:

Professora Sónia Patrícia Lino Borges Rodrigues

Enfermeira Orientadora:



**Lisboa
2021**

Com este jornal de aprendizagem, realizado no âmbito da UC estágio com relatório no local de ensino clínico do centro de desenvolvimento da criança do [REDACTED], pretendo enquanto enfermeiro e aluno de especialidade em enfermagem refletir acerca das aprendizagens retidas durante a realização do ensino clínico e das horas de contato com as crianças, adolescentes e suas famílias, evidenciando as competências gerais e específicas de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria (EESIP) desenvolvidas, a interligação com a temática do projeto de estágio e a prática clínica com base na evidência científica.

Como refere a OE (2010), é constantemente necessário, na prática de enfermagem, a análise de práticas e a reflexão das mesmas, de modo a indicar os melhores caminhos enquanto cuidadores globais promotores de saúde e de modo a influenciar positivamente esta disciplina. Esta premissa torna assim este instrumento, não só uma base de avaliação, mas uma base de reconhecimento de competências de um rigor e profissionalismo crescente.

O centro de desenvolvimento da criança do [REDACTED] é constituído por uma equipa multidisciplinar de 27 elementos e com foco nas especialidades da neuropediatria, desenvolvimento infantil, neonatologia, reabilitação, psicologia, educação especial, terapia da fala, ocupacional, sensorial e psicomotora, entre outros. Aqui são prestados cuidados à criança com doença rara, atraso ou risco de atraso de desenvolvimento e deficiência em variadas valências desde a sua referência e articulando as variadas áreas necessárias ao seu cuidado após uma avaliação cuidada por estes profissionais.

Em Portugal, segundo os censos de 2011, cerca de 18% da população manifesta algum tipo de limitação física, intelectual ou sensorial, inibindo a sua participação nas várias dimensões da sua vida e da cidadania em iguais circunstâncias, sendo essencial o desenvolvimento de condições para a sua participação (INR, 2019).

A inclusão completa dos cidadãos e cidadãs com deficiência assim como o seu reconhecimento e promoção dos seus direitos fundamentais constituem uma das grandes prioridades assumidas pelo governo constitucional, permitindo uma prestação de mais e melhores cuidados que garantam respostas de qualidade a tempo e a criação de mecanismos de apoio eficazes, simples e rápidos (INR, 2019).

Este é um dos grandes enfoques do centro de desenvolvimento da criança, o apoio a estas crianças e jovens tão diferentes, mas tão iguais em direitos e necessidades, respeitando as suas diferenças e promovendo a maximização da sua condição de saúde para a inclusão mais eficaz possível na sociedade através de uma intervenção precoce.

A referenciação da criança é realizada pelo internamento, unidades de cuidados intensivos ou por consulta médica, conforme o diagnóstico ou potencial risco de compromisso de desenvolvimento por doença rara ou prematuridade, havendo um seguimento não só por parte da equipa de enfermagem mas pela equipa médica (conforme a especialidade da patologia em questão), dos terapeutas, psicólogos, assistentes sociais e professores de educação especial.

A intervenção precoce na infância inclui um conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e sua família, inclui ações de natureza preventiva e reabilitativa no âmbito da educação, saúde e ação social a crianças com alterações nas suas funções, estruturas morfológicas ou com risco grave de atraso de desenvolvimento, que limitam a sua participação em atividades típicas de uma determinada faixa etária e contexto social. Este programa de intervenção é delineado pela equipa local de intervenção (ELI) da área de residência desta família e após referenciação pelo profissional de saúde, educação, serviço social, terapeutas ou psicólogos (INR, 2019), que fazem uma articulação recorrente com a equipa multidisciplinar e também com as escolas e unidades de cuidados na comunidade permitindo um acompanhamento regular e próximo da criança e família, prestando o apoio necessário de adaptação à realidade de saúde desde uma fase inicial de transição e organização a uma fase de manutenção e de trabalho com a sua condição de saúde. Para esta articulação existe uma reunião semanal no centro, com os profissionais e representantes nas escolas de modo a perceber o acompanhamento que está a ser realizado e a sua eficácia, assim como a referenciação precoce de novos casos que se preveem necessitar de um acompanhamento mais específico.

A importância de intervir em idades precoces para prevenir ou apurar problemas de desenvolvimento é hoje um dado inquestionável e um direito de todas as crianças, em particular as mais vulneráveis. A investigação no âmbito das neurociências tem vindo a demonstrar que as experiências precoces tem um papel significativo no desenvolvimento cerebral e o papel dos pais e prestadores de cuidados demonstra uma influência direta no desenvolvimento do sistema

nervoso central da criança, na medida em que crianças com história de complicações pré, peri ou pós-natais apresentam sequelas a nível cerebral com repercussões diretas no seu desenvolvimento (ANIP, 2018).

É neste enfoque que se demonstra o grau de importância do cuidado especializado prestado neste centro e nas intervenções colocadas em curso que em muito vão ajudar no percurso de um desenvolvimento favorável destas crianças. Conforme citado pelo Instituto Nacional para a Reabilitação (INR) (2019), estas intervenções podem focar-se em pontos como a identificação das crianças e famílias em risco, a vigilância e identificação de necessidades/recursos, articulação com comissões de proteção de crianças e jovens, e o facto de assegurarem processos de transição adequados para outros programas, serviços ou contextos educativos, articulando com os docentes das instituições de ensino onde se encontram.

No centro de desenvolvimento da criança, tanto a sala de espera como o corredor que leva ao gabinete de avaliação clínica representa-se num ambiente acolhedor, seguro e promotor do desenvolvimento através de figuras coloridas nas paredes e desenhos expostos no teto, permitindo logo de imediato à criança uma sensação de segurança e de um local potencial de brincadeira que permite, numa forma informal e descontraída, avaliar alguns critérios de desenvolvimento já atingidos. Existe aqui um circuito de circulação, onde num corredor apenas passam profissionais e noutro as crianças e famílias, que permite atingir uma sensação de maior tranquilidade sem muitos estímulos e passagem de muitos profissionais que muitas vezes podem associar a episódios dolorosos, demonstrando um especial cuidado nas emoções e sentimentos da criança e jovem que por ali passa.

Existem 3 enfermeiras presentes no centro de desenvolvimento da criança, com intervenção em múltiplas áreas do desenvolvimento infantil e conforme a patologia rara associada ou faixa etária (nomeadamente com enfoque na área de neonatologia – consulta follow-up -, espinha bífida e paralisia cerebral). Além da consulta de enfermagem em desenvolvimento infantil, prestam ainda cuidados na sala de tratamentos, onde se realizam colheitas (sangue, urina, entre outros) e administração de terapêutica injetável.

A criança encontra-se em desenvolvimento motor, cognitivo, emocional e social, sendo que a avaliação deste percurso e a deteção precoce de quaisquer perturbações e suas implicações na qualidade de vida, sucesso educacional e

integração social da criança constituem objetivos primordiais na vigilância de saúde infantil e juvenil (DGS, 2013).

As perturbações de desenvolvimento psicomotor são normalmente diagnosticadas por pesquisa em virtude de fatores de risco existentes, suspeita de problema pelos pais, familiares ou professores e por observação clínica em exames periódicos ou oportunistas no contexto de vigilância de saúde. Esta observação crítica pelo profissional de saúde desde o momento de entrada na sala de consulta até que sai é particularmente favorecedora desta avaliação, em especial pela conversa pelos pais e observação da criança enquanto não é alvo de atenções e sente-se mais a vontade (DGS, 2013). É aqui que se destaca o papel do enfermeiro, em especial o do EESIP, enquanto detentor do conhecimento e competências de avaliação de um desenvolvimento padronizado e capacidade de averiguar o risco e presença de qualquer alteração do mesmo.

Durante o meu percurso de estágio no centro de desenvolvimento da criança tive a oportunidade de acompanhar todas as enfermeiras que aqui prestam cuidados, observando de uma forma participativa e pró-ativa, os cuidados e o pensamento que têm na sua prática clínica, refletindo de uma forma diária acerca da sua prática e intervenções, na medida em que a intervenção assertiva de promoção de desenvolvimento infantil da criança, o enfermeiro deve associar ao seu conhecimento o perfil de desenvolvimento da criança em questão, utilizando por base um instrumento de avaliação do desenvolvimento psicomotor fiável, seguro e de fácil utilização.

No que toca à saúde infantil, os enfermeiros assumem um papel preponderante na educação e aconselhamento aos pais, sendo da sua competência avaliar o estado de saúde, crescimento e nível de desenvolvimento da criança através das consultas de enfermagem. A criança pela sua condição humana e características incontornáveis é um ser vulnerável, não devendo ser descurada a sua vontade e interesse, mas consagrando-se o maior respeito e dever de lhe proporcionar condições favorecedoras de um desenvolvimento global, reconhecendo os prestadores de cuidados diretos como principais promotores deste desenvolvimento (OE, 2010).

Pelas suas habilidades cognitivo-morais as decisões são limitadas, havendo assim a obrigação de agir de forma a promover o Bem e salientando a preocupação máxima com a sua felicidade enquanto finalidade ética, atingida

pelo seu desenvolvimento eficaz e saudável, um princípio que a carta dos direitos da criança defende (OE, 2010).

Como reportado pela OE (2010), todas as crianças deverão ser submetidas a rastreios de identificação precoce de atrasos de ritmo ou incapacidades de desenvolvimento de modo a receber tratamentos rápidos e adequados que minimizem os prejuízos da criança/família e custos de saúde com a finalidade de favorecer a sua qualidade de vida. Para isto acontecer, o enfermeiro deverá ter a capacidade de fomentar a aliança parental, através de uma intervenção flexível, de partilha e bidirecional, sabendo ouvir e atribuir a importância devida aos seus conhecimentos e experiência.

Pelas especificidades inerentes a uma criança com deficiência ou doença rara e por toda a componente psicológica que as mesmas acarretam, é-nos exigido enquanto enfermeiros um cuidado holístico de forma a podermos ajudar estas crianças e familiares a viverem de forma mais positiva possível com a sua condição, assumindo um papel de facilitador de informação e catalisador de mudança e desenvolvimento de estratégias internas.

Para esta avaliação e intervenção decorrer, as enfermeiras do centro apropriam-se de instrumentos de avaliação rigorosos e de simples aplicabilidade, conforme preconizado pela evidência científica. Assim, utilizando a escala de avaliação de desenvolvimento de *Mary Sherydan*, conseguem de forma célere e eficaz avaliar em momento de consulta o desenvolvimento psicomotor e aquisição de habilidades da criança até aos 5 anos. Esta avaliação por comparação a padrões de referência e ditos “normais”, pela sua aplicabilidade, tempo exigido e custo torna-se a de maior enfoque e pertinência na avaliação do desenvolvimento infantil em contexto de consulta de enfermagem (DGS, 2013). Aqui, o acompanhamento das aquisições de desenvolvimento deverá ser um processo flexível, dinâmico e contínuo semelhante ao processo maturativo da criança (DGS, 2013).

Além deste instrumento de avaliação é ainda utilizada o modelo de avaliação *Griffiths* por uma psicóloga capacitada para a sua utilização, tendo-me sido possível observar e conhecer a abrangência desta avaliação e a importância da mesma no desenvolvimento motor e de linguagem identificando potenciais casos de alerta. Pude também observar uma consulta de terapia da fala focada na articulação dos sons das palavras que possibilita um despertar na minha

prática para identificar potenciais situações de alarme e as possíveis referências disponíveis.

Todos estes momentos de avaliação são iniciados no momento de contacto com a criança e família na sala de espera, através de um olhar atento às suas reações ainda fora do gabinete de consulta, sendo que este se traduz num local mais intrusivo, e posteriormente no gabinete, através da utilização de jogos e brincadeira.

Os gabinetes de consulta têm também pinturas nas paredes, uma caixa de brinquedos e uma mesa pequena com material para desenhar e colorir permitindo como citado anteriormente utilizar o brincar terapêutico como meio de avaliação de certos parâmetros padronizados na escala de desenvolvimento saudável. Todo o momento de consulta é assim realizado numa interação entre o profissional, a criança e o seu familiar recolhendo informação e verificando pelo brincar e interação, o estágio de desenvolvimento atingido e identificando potenciais problemas, indo assim ao encontro das medidas preconizadas como eficazes e descritas pela literatura científica acima citada.

A equipa de enfermagem agiliza ainda a marcação e agendamento de colheitas e exames conforme necessidade clínica através do contacto telefónico com a família, sendo este um momento privilegiado de estabelecimento de relação terapêutica e onde é confirmado o estado de saúde da criança e dos seus familiares, a manutenção da terapêutica instituída e realizados ensinamentos face à preparação dos procedimentos necessários, permitindo também identificar potenciais situações de risco e providenciar resposta às preocupações da família. Estes momentos revelam uma relação terapêutica já instituída e trabalhada, na medida em que a enfermeira já conhece toda a história social e familiar deste núcleo familiar e através de uma escuta ativa e predisposição para o contacto, realiza não só o agendamento dos procedimentos necessários, conforme a disponibilidade familiar e urgência do procedimento, mas consegue também avaliar de uma forma objetiva as necessidades e os riscos desta família, intervindo se assim for necessário, constituído ainda um momento para ensinamentos relativos a cuidados face à medicação da criança ou à preparação para procedimentos que se anteveem.

Este ponto e os acima citados demonstram assim uma enfermagem assente nos modelos e filosofias pilares da enfermagem pediátrica: o modelo de

cuidados centrados na família, em parceria, e o modelo de cuidados não traumáticos.

A filosofia de cuidados centrados na família que assenta e reconhece a família como constante na vida da criança e implica um cuidado com uma abordagem de planeamento, oferta e avaliação de cuidados de saúde baseada em parcerias mútuas entre profissionais de saúde, utentes e famílias (Hockenberry, Wilson, & Rodgers, 2018).

O enfermeiro desenvolve aqui um papel de suporte às famílias e seus papéis naturais de cuidadores e intervenientes na tomada de decisão construindo, com base nas suas próprias forças, conhecimentos e experiências, um cuidado complexo à criança que tem em consideração as suas necessidades e da respetiva família (Hockenberry, Wilson, & Rodgers, 2018). Como referido pela OE (2010) *“promover o desenvolvimento infantil é ajudar a criança em parceria com a família, na sua circunstância de vida e no seu tempo, a desenvolver-se dentro dos padrões esperados para a sua idade, respeitando o seu ritmo.”* (p.71).

A vulnerabilidade da criança com atraso de desenvolvimento, doença rara ou em risco de desenvolvimento atípico potencia um aumento de stress parental, implicando um esforço suplementar na adaptação e organização familiar, sendo imprescindível a ajuda dos profissionais na aquisição de uma postura proactiva perante a sua situação clínica de modo a derrubar barreiras internas erguidas pelas limitações expostas. Assim, o reforço positivo de competências e qualidades da criança/jovem e dos seus familiares deverá ser uma constante, promovendo um aumento da sua vinculação (OE, 2010). Deve-se ainda apoiar nas potencialidade da criança/jovem com deficiência, promovendo-as junto dos pais e ajudando-os a reformular a ideia preestabelecida e associada a deficiência, facilitando assim a reorganização estrutural e facilitando o ambiente familiar que tanto contribui no desenvolvimento da criança através da identificação de recursos necessários e da canalização dos mesmos de forma adequada (OE, 2010).

A filosofia de cuidados não traumáticos por outro lado refere-se à prestação de cuidados terapêuticos em determinados ambientes pela equipa de saúde através de intervenções que diminuem ou eliminam o sofrimento psicológico e físico das crianças e respetivas famílias (Hockenberry, Wilson, & Rodgers, 2018).

Estas intervenções podem ser o preparar da criança para procedimentos ou intervenções físicas, o apoio na diminuição e eliminação da ansiedade, medo, raiva, desapontamento, tristeza, vergonha ou culpa, a diminuição ou eliminação de fatores físicos e estímulos sensoriais como dor, extremos de temperatura, ruídos altos, luzes brilhantes ou escuridão (Hockenberry, Wilson, & Rodgers, 2018), sendo estas medidas bastante presentes na prática das enfermeiras do centro de desenvolvimento para todo e qualquer procedimento que se desenrole na sala de tratamentos. Aqui refiro por exemplo a preparação da família para a utilização do EMLA® Creme como facilitador das várias colheitas de sangue que têm de realizar ou a distração da criança com vídeos e música, ou outros meios, baseados no seu estágio de desenvolvimento como métodos facilitadores na redução de ansiedade e medo face aos procedimentos realizados.

O centro de desenvolvimento, além de todos os gabinetes de avaliação e salas de terapia, possui ainda gabinetes de gestão onde se encontram os profissionais e materiais, uma sala de reuniões e uma biblioteca, apostando recorrentemente na formação dos profissionais que ali trabalham. Um exemplo disto é o dia do *Journal Club* (todas as quintas-feiras) onde, numa sessão de 30 minutos, são apresentados artigos científicos ou temas de interesse profissional que abrangem as várias especialidades e vertentes do cuidado prestado no centro, permitindo uma atualização constante de conhecimentos, uma prática com base na evidência científica e um momento de reflexão crítica das práticas diárias de todos os profissionais.

Com enfoque no desenvolvimento e reconhecimento de competências de enfermeiro especialista foi-me dado a oportunidade de participar nas sessões de formação do *Journal Club* – “*Sequencia rápida do exoma em contexto de cuidados intensivos*” e na sessão de formação “*Grupo PEA – Projetos de investigação e educativos*” apostando assim na formação enquanto profissional na área onde me encontrava a prestar cuidados.

Com base na temática do meu projeto de estágio “*Cuidar do adolescente com doença oncológica: intervenções do enfermeiro na promoção de uma sexualidade saudável*”, fui também participando e refletindo nas atividades clínicas, tendo por base os meus objetivos e atividades propostas, em contexto de consulta de enfermagem e sala de modo a abranger o reconhecimento de competências do cuidado não só à criança e jovem, mas compreendendo também a sua dinâmica familiar.

As atividades propostas permitiram o desenvolvimento de competências gerais e específicas de especialista com foco na abordagem da temática da promoção de uma sexualidade saudável aos jovens que compareciam no centro, na medida em que através da reflexão de práticas e conhecimentos baseados em fontes científicas ou na opinião de peritos reconhecidos fui elaborando uma melhor e maior perspetiva de prática de cuidados de enfermagem de modo a atingir no futuro respostas satisfatórias de saúde (OE, 2010).

Foi-me ainda possível constatar a falta de tempo (por sobrecarga laboral) e necessidade da equipa de enfermagem de desenvolvimento de conhecimentos para a abordagem da sexualidade do jovem com doença rara, deficiência ou atraso de desenvolvimento em ambiente de consulta, despertando em mim a necessidade de intervenção no desenvolvimento de conhecimentos e competências na abordagem a estes indivíduos, com foco nesta temática. Este ponto foi recebido de bom grado e por sugestão da enfermeira orientadora realizei um momento de sensibilização para a temática da promoção de uma sexualidade saudável.

É importante na sensibilização desta temática entender que a diferença destas crianças e jovens é uma característica da pessoa e parte da sociedade humana, sendo relevante o reconhecimento dos seus direitos iguais aos outros e o respeito das suas diferenças como uma das condições das sociedades inclusivas, livres e democráticas, como é o caso de Portugal (INR, 2019).

A perceção de que a pessoa com deficiência é assexuada, hipersexuada, tem uma sexualidade disfuncional ou secundária é falaciosa, na medida em que são consideradas pessoas sexuadas, possuem sentimentos e querem demonstrá-los. Existem de fato limitações físicas, sensoriais e/ou intelectuais, que não podem ser consideradas como impedimento da expressão da sua sexualidade. O abuso sexual nesta população é ainda um risco existente por se encontrarem mais desprotegidos, dependentes e vulneráveis, sendo que muitas vezes a perceção de sinais de abuso pode representar um esforço acrescido na compreensão destes comportamentos (INR, 2019).

Na prevenção do abuso sexual de crianças e jovens com deficiência é importante desenvolver um programa de promoção e educação para a saúde que visa o desenvolvimento de competências pessoais e sociais, assim como a promoção de uma vivência saudável da sua sexualidade. Muitas vezes é utilizado como estratégia o jogo como forma de intervenção e o desenvolvimento

de um ambiente relacional integrador de vivências individuais e de grupo, facilitando a comunicação em torno da sexualidade (INR, 2019).

A sexualidade infantil como fator do desenvolvimento refere-se ao sentimento, comportamento e desenvolvimento sexual da criança, sendo parte integral da personalidade de todo o ser humano e dependente da satisfação de necessidades como o desejo de contacto, intimidade, expressão emocional, prazer e amor que quando bem construída (pela sua evolução psíquica ao longo do ciclo da vida) leva a um desenvolvimento da personalidade e consequentemente a uma maior capacidade de estabelecer relações afetivas estáveis ao longo da vida (OE, 2010).

Os estudos de *Sigmund Freud* foram decisivos nesta temática, considerando a sexualidade um impulso determinante para o desenvolvimento da criança, onde esta aprende acerca do seu corpo e constrói a sua identidade. São ainda vários os autores que ao longo dos tempos, foram estudando a sexualidade e o seu impacto no desenvolvimento infantil, assumindo assim a importância desta temática na saúde e bem-estar da criança/jovem (OE, 2010).

A família possui aqui também uma forte implicância, na medida em que a educação sexual é uma aprendizagem automática que ocorre desde o nascimento e em que o contacto e estímulos afetivos dos pais influenciam a estrutura da criança. A criança deverá ser educada como criança e não como papel sexual, não devendo ser encorajadas ou proibidas atitudes ou brincadeiras com diferenciação do papel sexual. A sexualidade na infância acompanha ainda o desenvolvimento emocional e as respostas dos pais deverão ser o mais simples possíveis à medida que a curiosidade de vai manifestando (OE, 2010).

Conhecer, esclarecer e clarificar os mitos existente relativos à sexualidade da pessoa com deficiência é a base de desconstrução de ideias que contribuem para a discriminação das mesmas e “(...) *evidencia-se assim, o conceito da diversidade dos afetos e da sexualidade para definir as respostas sexuais de cada pessoa, única e singular, independentemente da deficiência.*” (INR, 2019, p.43).

Na abordagem da sexualidade da pessoa com deficiência é importante conversar e refletir acerca do assunto com a mesma, comunicando através da expressão do afeto e carinho de forma saudável e utilizando informações fáceis e simples de modo a reforçar competências e prevenir situações de risco. É importante a abordagem de temas como os direitos, o corpo, a privacidade, o

toque, as emoções, os segredos e o uso correto de contraceptivos. Uma abordagem simples, com serenidade e sem preconceitos facilita o desenvolvimento da temática, de mostrando confiança, sigilo e respeito (INR, 2019).

Como intervenções dos profissionais de saúde na abordagem da sexualidade destaca-se: conversar com naturalidade; desmistificar mitos e crenças; prestar atenção; manifestar disponibilidade emocional para escutar; falar de forma clara; explicar a importância de cuidar do corpo, higiene, alimentação, estética e o bem-estar; ensinar a demonstrar carinho de forma segura e exemplificando-o; abordar regras sociais e a privacidade; promover a autonomia dos cuidados básicos e incentivar a aquisição e o reforço das competências sociais nos vários contextos; usar atividades simples do dia a dia para dar a oportunidade de “escolha”; educar para a prevenção (partes privadas do corpo, direito a dizer “não toca!”, etc.); distinguir emoções positivas de negativas; incentivar o pedido de ajuda sobre qualquer interação negativa; evidenciar que se acredita na criança/jovem com deficiência; explicar conceitos de público e privado, exemplificando; procurar a ajuda de um profissional se necessário. (INR, 2019).

Como meios de executar ou não as intervenções de promoção de sexualidade saudável é necessário ter em conta: não ter receio de abordar a situação, sendo um assunto de igual importância a outros domínios; iniciar a abordagem com perguntas abertas e pouco invasivas, consoante a pessoa e iniciando por um assunto de mais fácil abordagem; desmistificar a ideia de que o namoro na pessoa com deficiência implica um ato sexual imediato; lembrar que antes do sexo existe um caminho e um processo, questionando o que a criança/jovem sabe acerca de namorar e com quem namorar, por exemplo; demonstrar que este é um tema como qualquer outro do comportamento humano e vivenciado por todos, estimulando a sua expressão (INR, 2019). Assim, *“cada profissional deve considerar com muito cuidado as características únicas e as circunstâncias que rodeiam cada criança e sua família e decidir o que é apropriado e eficaz, considerando as especificidades dos contextos.”* (ANIP, 2018, p.31).

Esta abordagem teórica e científica vem assim evidenciar a importância e necessidade de promover uma sexualidade saudável, como direito do jovem com deficiência ou com desenvolvimento atípico, encontrando-se o enfermeiro

numa posição privilegiada de a desenvolver pela sua prestação de cuidados em ambiente de consulta e estabelecimento de uma forte relação terapêutica.

Assim, através da prática analítica, crítica e reflexiva e sob o olhar da enfermeira perita durante as horas de contato de ensino clínico, pode desenvolver competências gerais do domínio da especialidade, focando as mais desenvolvidas, como a demonstração de tomada de decisão segundo os princípios e valores deontológicos da profissão (A1.1), liderar de forma efetiva os processos de tomada de decisão na área de especialidade (A1.2), avaliar os processos e os resultados da tomada de decisão efetuada (A1.3), a promoção e proteção dos direitos humanos (A2.1), a gestão de cuidados na equipa com segurança e dignidade (A2.2), a mobilização de conhecimentos e habilidades com foco na melhoria de cuidados (B1.1), a avaliação da qualidade das práticas clínicas (B2.1), o planeamento de programas de melhoria de cuidados (B2.2) e liderança dos mesmos (B2.3), entre outras (Diário da República, 2019).

No domínio das competências específicas de EESIP, foco essencialmente também o implementar e gerir em parceria, planos de saúde promotores de parentalidade e capacidade de gestão do regime da criança (E1.1), o diagnóstico precoce e intervenção nas doenças comuns e situações de risco (E1.2), a gestão diferenciada do bem-estar da criança e jovem, otimizando as respostas de saúde (E2.2), a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil (E3.1), a promoção da vinculação sistemática do RN (E3.2), a comunicação com a criança e família apropriada ao estágio de desenvolvimento e cultura (E3.3), a promoção da autoestima e autodeterminação do adolescente nas suas escolhas de saúde (E3.4) entre outras (Diário da República, 2018).

Refletindo sobre a experiência de contato e observação da prática destes profissionais, entendo que uma intervenção precoce de qualidade permite aumentar as probabilidades de se conseguirem resultados positivos em termos de desenvolvimento futuro, sendo que os programas com maior impacto são aqueles que potenciam competências dos pais e cuidadores como mediadores privilegiados na promoção do desenvolvimento destas crianças por uma intervenção que visa aumentar a interação pais-criança e a sua ligação emocional.

O desafio desta intervenção assenta no tomar de decisão baseada no conhecimento das evidências e nas circunstâncias únicas que rodeias cada

criança e família, sendo esta a melhor forma de responder as suas necessidades específicas (ANIP, 2018).

Assim, a partir da prática clínica e das horas de contato realizadas em ensino clínico foi-me permitido o desenvolver de um papel de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria, enquanto profissional detentor de intervenções avançadas com segurança, competência e satisfação da criança e sua família, procurando responder às necessidades das mesmas, no seu mundo global, removendo barreiras e aplicando instrumentos de gestão de cuidados maximizadores de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANIP. (2018). *Praticas recomendadas em intervenção precoce na infância: Um guia para profissionais* (2ª. Ed.). Coimbra: Associação Nacional de Intervenção Precoce.
- DGS. (2013). *Programa nacional de saúde infantil e juvenil*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Hockenberry, M., Wilson, D., & Rodgers, C. (2018). *Wong: Fundamentos de enfermagem pediátrica*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- INR. (2019). *Guia pratico dos direitos das pessoas com deficiência em portugal*. [s.l]: Instituto Nacional para a Reabilitação.
- OE. (2010). Guia orientador de boa prática: Promover o desenvolvimento infantil na criança dos 0 aos 5 anos. *Cadernos Ordem dos Enfermeiros*. 1 (3), 69-134.
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série (N.º 26 de 06-02-2019), 4744-4750.
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 2.ª série (N.º 133 de 12-07-2018), p. 19192–19194.

APÊNDICE XVI

**Questionário de Avaliação de Necessidades Formativas no âmbito
da abordagem ao adolescente com doença oncológica e
promoção de uma sexualidade saudável**

Sessão de formação/sensibilização na promoção de uma sexualidade saudável do adolescente com doença oncológica ou sobrevivente

No âmbito do 11º Curso de Mestrado em Enfermagem - Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da ESEL, encontro-me a desenvolver a temática de projeto de estágio: Cuidar do adolescente com doença oncológica - Intervenções do enfermeiro na promoção de uma sexualidade saudável.

A doença oncológica, enquanto doença crónica, afeta a qualidade de vida dos adolescentes que se encontram numa fase de transição, sendo esta uma faixa etária onde maioritariamente se iniciam as relações amorosas e sexuais. O diagnóstico oncológico, os respectivos tratamentos e as consequências da patologia acarretam alterações psicológicas e físicas com impacto negativo na expressão da sexualidade destes adolescentes, mesmo aquando o final dos tratamentos em questão.

Apesar de se considerar um assunto tabu e de difícil abordagem, torna-se essencial o papel do enfermeiro na mobilização de estratégias e intervenções na promoção eficaz de uma sexualidade saudável, tão importante na vida destes adolescentes que caminham para a vida adulta.

Assim, face à problemática levantada surge enquanto atividade de estágio a realização de uma sessão de formação/sensibilização a esta temática de modo a dar visibilidade ao papel da enfermagem neste ponto dos cuidados holísticos prestados.

Para tal, peço a colaboração dos profissionais de forma aberta e honesta face à sua prática diária de modo a direcionar os focos de formação na sessão em questão.

Desde já o meu muito obrigado pela participação.

O aluno de Mestrado e Especialidade Miguel Negreiro
Sob a orientação da Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica

***Obrigatório**



Considera pertinente a abordagem da promoção de uma sexualidade saudável no adolescente com doença oncológica ou sobrevivente? *

- ☐ Sim
- ☐ Não

Se optou por "Não", porque motivo?

- ☐ Não considero ser uma competência de Enfermagem.
- ☐ Considero que os utentes são muitos novos.
- ☐ Não considero pertinente pela gravidade da patologia.
- ☐ Outra:

Se optou por "Sim", qual considera o melhor momento para a abordar?

- ☐ Admissão.
- ☐ Readmissão.
- ☐ Primeira alta clínica.
- ☐ Altas clínicas consequentes.
- ☐ Idas ao Hospital de Dia.
- ☐ Consulta dos DUROS.
- ☐ Outra:

Tem por hábito abordar a sexualidade com o adolescente na sua prática? *

- ☐ Sim
- ☐ Não



Se não costuma abordar a temática, porquê?

- ☐ Não sei o que abordar.
- ☐ Não sei como abordar.
- ☐ Não me sinto à vontade para abordar.
- ☐ Não abordo porque a família está presente.
- ☐ Não tenho conhecimentos sobre a temática.
- ☐ Outra:

Sente-se capacitado para abordar a sexualidade com o adolescente? Precisa de formação? *

- ☐ Sinto-me capaz, não preciso de formação.
- ☐ Sinto-me capaz, mas gostaria de consolidar conhecimentos.
- ☐ Não me sinto capaz, preciso de formação.
- ☐ Não me sinto capaz, mas não acho pertinente a formação.

Que tópicos gostaria de ver abordados na formação/sensibilização? *

- ☐ Formas de abordagem ao adolescente.
- ☐ Formas de abordagem à família.
- ☐ Complicações físicas dos tratamentos e diagnóstico oncológico que interfiram com a sexualidade.
- ☐ Complicações psicológicas dos tratamentos e diagnóstico oncológico que interfiram com a sexualidade.
- ☐ O impacto na relação/parceiro.



- ☐ Intervenções de Enfermagem na sexualidade do adolescente.
- ☐ Intervenções da equipa multidisciplinar na sexualidade do adolescente.
- ☐ Outra:

Deixe comentários e sugestões face à sua prática, pontos de formação, expectativas, entre outros, com foco na temática.

A sua resposta

Página 1 de 1

Submeter

Nunca envie palavras-passe através dos Google Forms.

Este conteúdo não foi criado nem aprovado pela Google. [Denunciar abuso](#) - [Termos de Utilização](#) - [Política de privacidade](#)

Google Formulários



APÊNDICE XVII

Sessão da Formação “*Cuidar do adolescente com doença oncológica: Intervenções do enfermeiro na promoção de uma sexualidade saudável*”

Cuidar do adolescente com doença oncológica:

Intervenções do enfermeiro na promoção de uma sexualidade saudável

11º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM:
ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIATRIA

UNIDADE CURRICULAR: ESTÁGIO COM RELATÓRIO

Discente: Miguel Negreiro Nº 2792

Orientador: Professora Sónia Rodrigues

Enfermeira Orientadora: [REDACTED]



Índice

01

PROJETO DE ESTÁGIO

Resumo da problemática,
análise de dados
recolhidos e objetivos da
sessão

02

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Fundamentação com base na
evidência científica acerca do
adolescente e da
oncosexologia

03

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

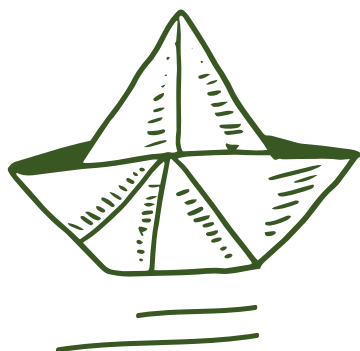
Intervenções e estratégias que os
enfermeiros poderão aplicar na
abordagem ao adolescente e família
na temática da oncosexologia

04

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bibliografia utilizada/sugerida na
realização da apresentação e
abordagem da temática



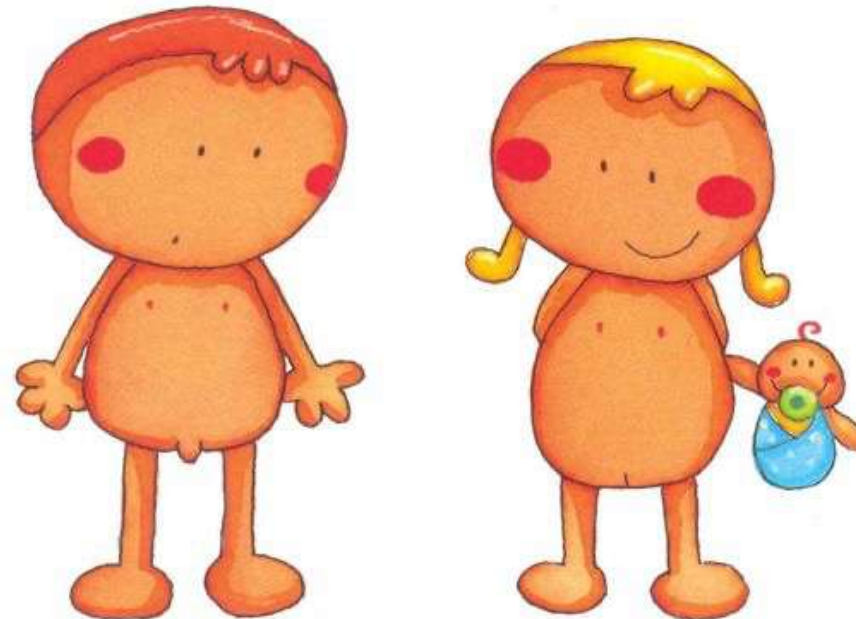


01. PROJETO DE ESTÁGIO

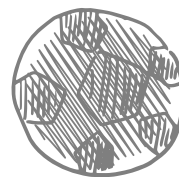
PROBLEMÁTICA



- a. Identificação de fatores da doença oncológica que interferem na sexualidade do adolescente e suas implicações.
- b. Falta de apoio da equipa de enfermagem nos cuidados promotores de uma sexualidade saudável no adolescente com doença oncológica
- c. Estudo de intervenções do enfermeiro na promoção de uma sexualidade saudável ao adolescente com doença oncológica



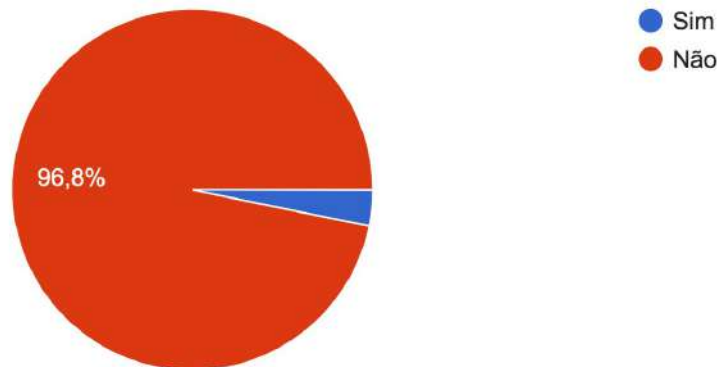
Fonte: <https://i.pinimg.com/564x/19/fa/d6/19fad6976a5dad1a6427a285b7b9f5b3.jpg>



PROBLEMÁTICA

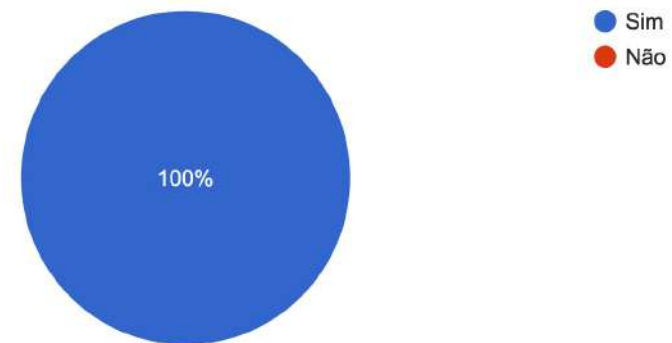
Tem por hábito abordar a sexualidade com o adolescente na sua prática?

31 respostas



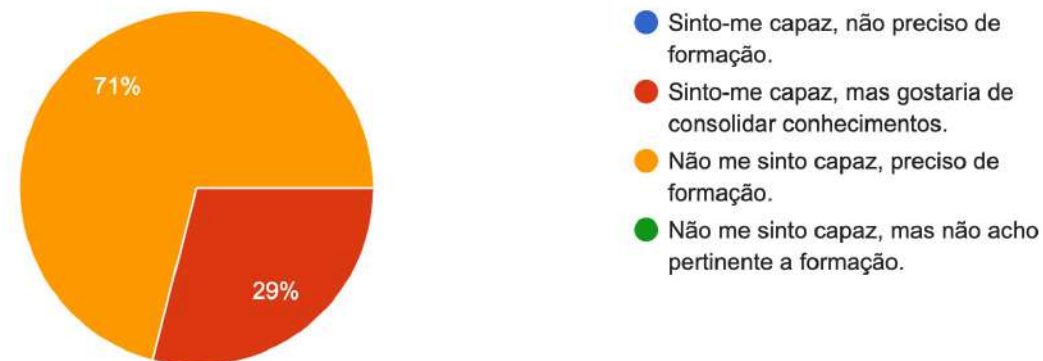
Considera pertinente a abordagem da promoção de uma sexualidade saudável no adolescente com doença oncológica ou sobrevivente?

31 respostas



Sente-se capacitado para abordar a sexualidade com o adolescente? Precisa de formação?

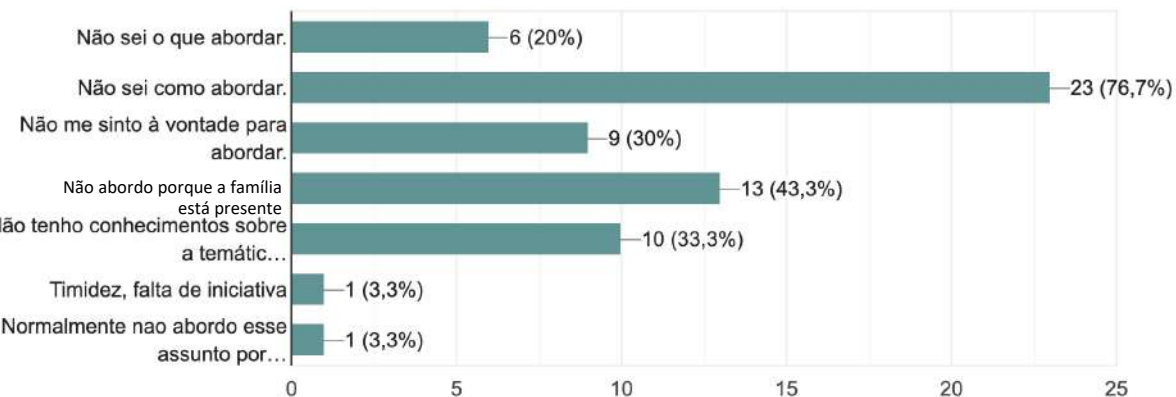
31 respostas



PROBLEMÁTICA

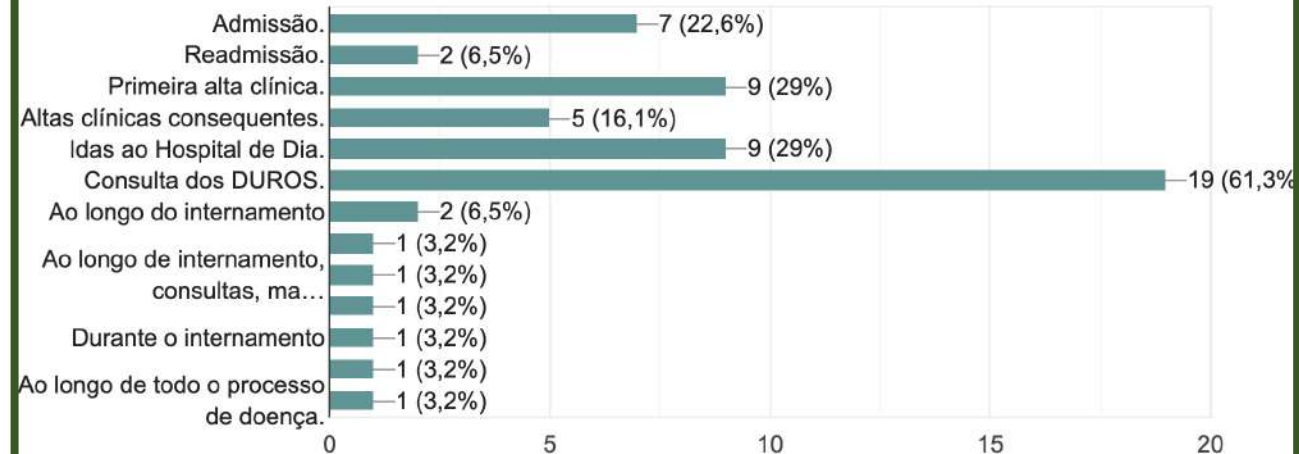
Se não costuma abordar a temática, porquê?

30 respostas



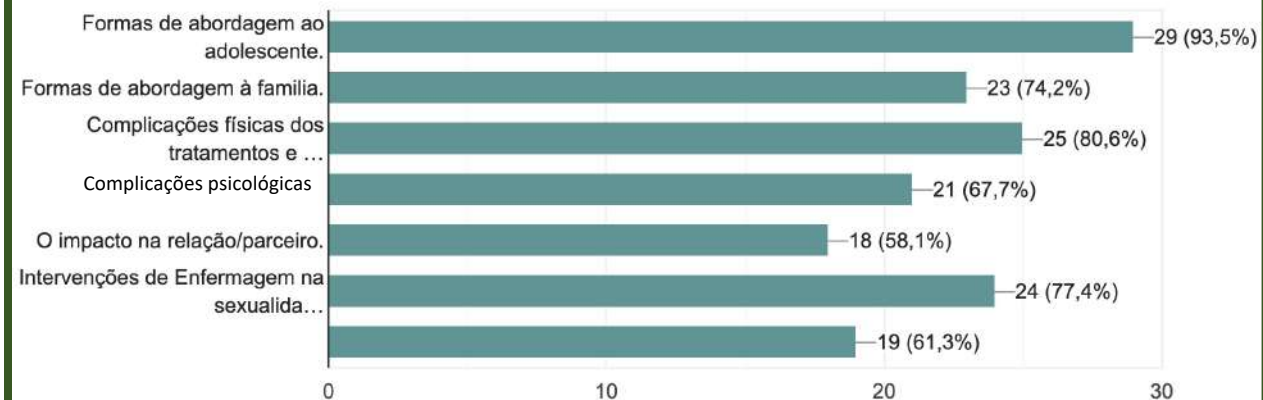
Se optou por "Sim", qual considera o melhor momento para a abordar?

31 respostas



Que tópicos gostaria de ver abordados na formação/sensibilização?

31 respostas



Refletir acerca da prática dos enfermeiros na promoção de uma sexualidade saudável nos adolescentes com doença oncológica.

Analisar os dados recolhidos no serviço relativamente a abordagem do adolescente com doença oncológica e da sua sexualidade.

Enunciar as especificidades da adolescência e principais métodos de abordagem aos mesmos e sua família.

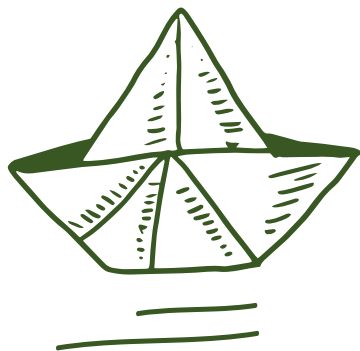
Reconhecer as principais alterações da doença oncológica e tratamentos na expressão de uma sexualidade saudável.

Identificar as principais intervenções de enfermagem no domínio físico e psicológico na promoção de uma sexualidade saudável no adolescente com doença oncológica.

Reconhecer os meios disponíveis aos enfermeiros na instituição e fora da mesma de apoio na promoção de uma sexualidade saudável.

Enunciar projetos futuros em construção relativamente a promoção de uma sexualidade saudável no adolescente com doença oncológica, incentivando a equipa na colaboração dos mesmos.

Analisar e refletir acerca das praticas diárias de enfermagem da equipa e meios de melhoria das mesmas com foco nos ensinios retidos.



02. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA



ADOLESCENTE

PERÍODO DOS 10-19 ANOS QUE ABRANGE TRANSFORMAÇÕES SOCIOCULTURAIS, BIOLÓGICAS, EMOCIONAIS E FÍSICAS.

PERÍODO ONDE MAIORITARIAMENTE EXISTE **COMPORTAMENTOS DE RISCO POR PRÁTICAS COMPORTAMENTAIS DESINFORMADAS.**

(OMS, 2013; OMS cit. Kerntopf et al., 2016)

PUBERDADE

Quadro 2. Estádios de *Tanner*

ESTÁDIOS	P (PILOSIDADE PÚBLICA)	M (DESENVOLVIMENTO MAMÁRIO)	G (ÓRGÃOS GENITAIS)
1	Pré-púbere: ausente	Pré-púbere	Pré-púbere; Testículos ±2,5 ml
2	Alguns pêlos longos; Pigmentados	Botão mamário	Aumento dos testículos (volume ≥4ml); Pigmentação do escroto
3	Pêlos escuros, encaracolados, > quantidade	Mama e aréola maiores	Alongamento do pênis; testículos maiores
4	Pêlos tipo adulto; atinge mas não ultrapassa a face interna das coxas	Aréola e mamilo destacam-se do contorno da mama	Alargamento pênis; pregueamento da pele do escroto
5	Distribuição tipo adulto	Morfologia adulta; mama e aréola no mesmo plano	Tipo adulto; volume testicular: 15-25 ml

INICIA-SE A PRODUÇÃO DE **ESTERÓIDES SEXUAIS** COM INFLUÊNCIA DIRETA NOS RECETORES DO CÉREBRO, PERMITINDO A **AQUISIÇÃO DE CAPACIDADES COGNITIVAS E ESTRATÉGIAS NA TOMADA DE DECISÃO E COMPORTAMENTOS SOCIAIS**

(DGS, 2013)

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

PROMOÇÃO DE UMA SEXUALIDADE SAUDÁVEL

SEXUALIDADE

INICIADA MAIORITARIAMENTE NA ADOLESCÊNCIA, INERENTE AO SER HUMANO, COMPORTA INFLUÊNCIA CULTURAL, DA HISTÓRIA PESSOAL, RELIGIOSA E ABRANGE SENTIMENTOS E SIGNIFICADOS INDIVIDUAIS

O ADOLESCENTE TEM O **DIREITO À SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA**, SENDO ESTE UM DOS PONTOS DOS DIREITOS HUMANOS, DE MODO A VIVENCIAR UMA SEXUALIDADE SEGURA E INFORMADA

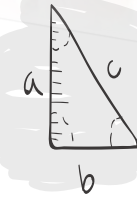
(Kerntopf et al., 2016)



IMPLICAÇÕES

FALAR ABERTAMENTE DE DESEJO SEXUAL, FUNÇÃO SEXUAL, DESEJO AFETIVO, IDENTIFICAÇÃO DE GÊNERO E ORIENTAÇÃO SEXUAL

(Veneroni et al., 2020)



ABORDAGEM

UMA ABORDAGEM ÍNTIMA AO ADOLESCENTE, DEVENDO SER CONSIDERADAS ESTRATÉGIAS DE ENTREVISTA AO ADOLESCENTE

(American Academy of Pediatrics, 2017)

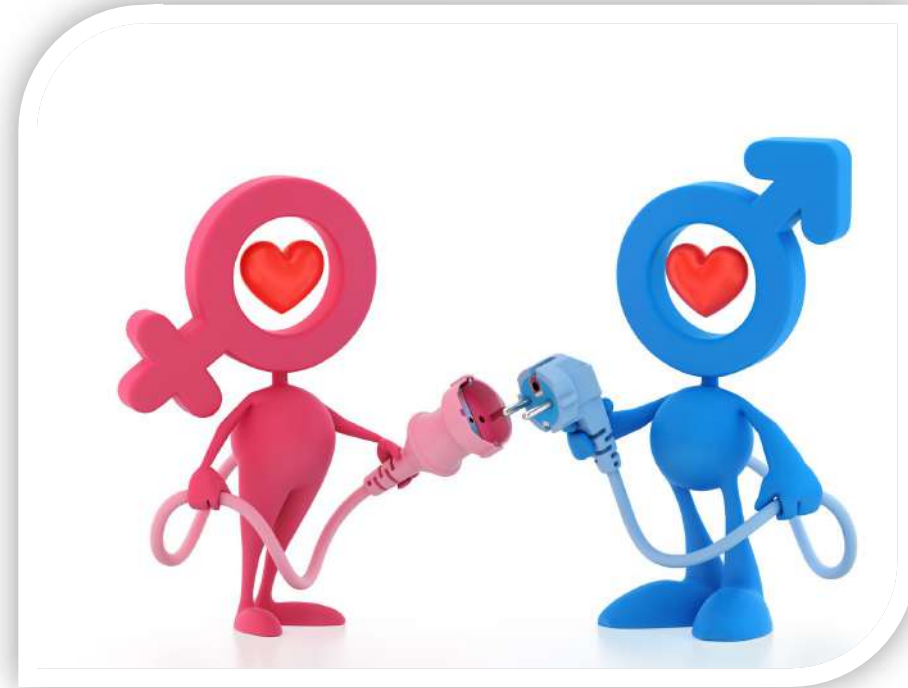


FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

PROMOÇÃO DE UMA SEXUALIDADE SAUDÁVEL

A sexualidade é complicada de abordar pela **falta de conhecimento e tato** perante o assunto, sendo também considerada um **assunto tabu** e raro de encontrar um terapeuta sexual nas equipas multidisciplinares.

(Veneroni et al., 2020)



Fonte: <https://www.portalsachoque.com.br/storage/images/36fff.png>

Deve ter por base a **confidencialidade, sensibilidade cultural e livre de julgamento** e deve focar tópicos como a contraceção, a prevenção de IST's, atração sexual, valores familiares, objetivos pessoais e relacionais, entre outros.

(American Academy of Pediatrics, 2017)

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

ONCOLOGIA PEDIÁTRICA

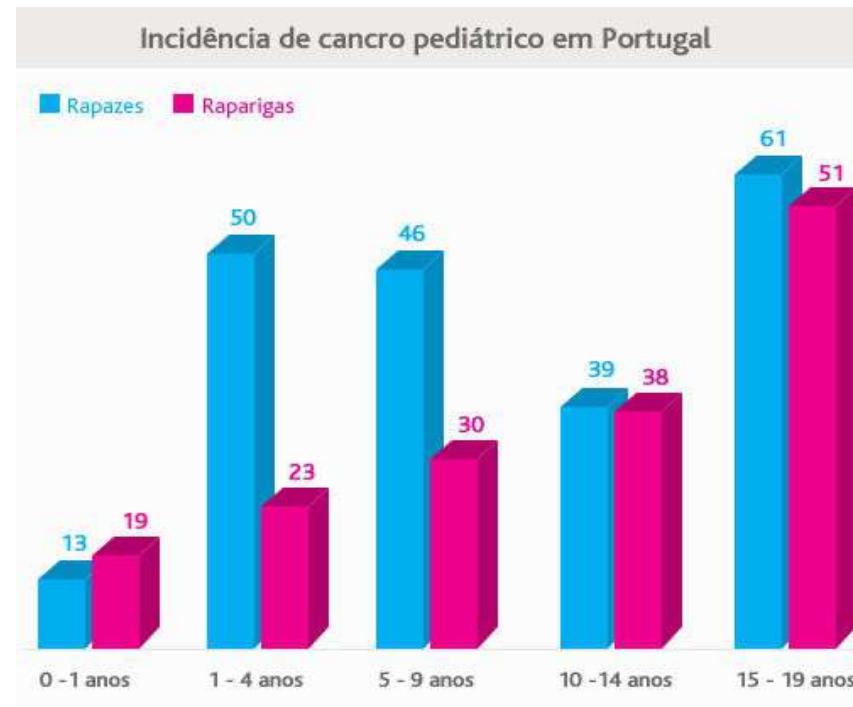
Cerca de 400 novas crianças e jovens são diagnosticadas com cancro por ano.

Primeira causa de morte não acidental infantojuvenil.

Taxa de 90% de sobrevivência nas crianças e adolescentes.

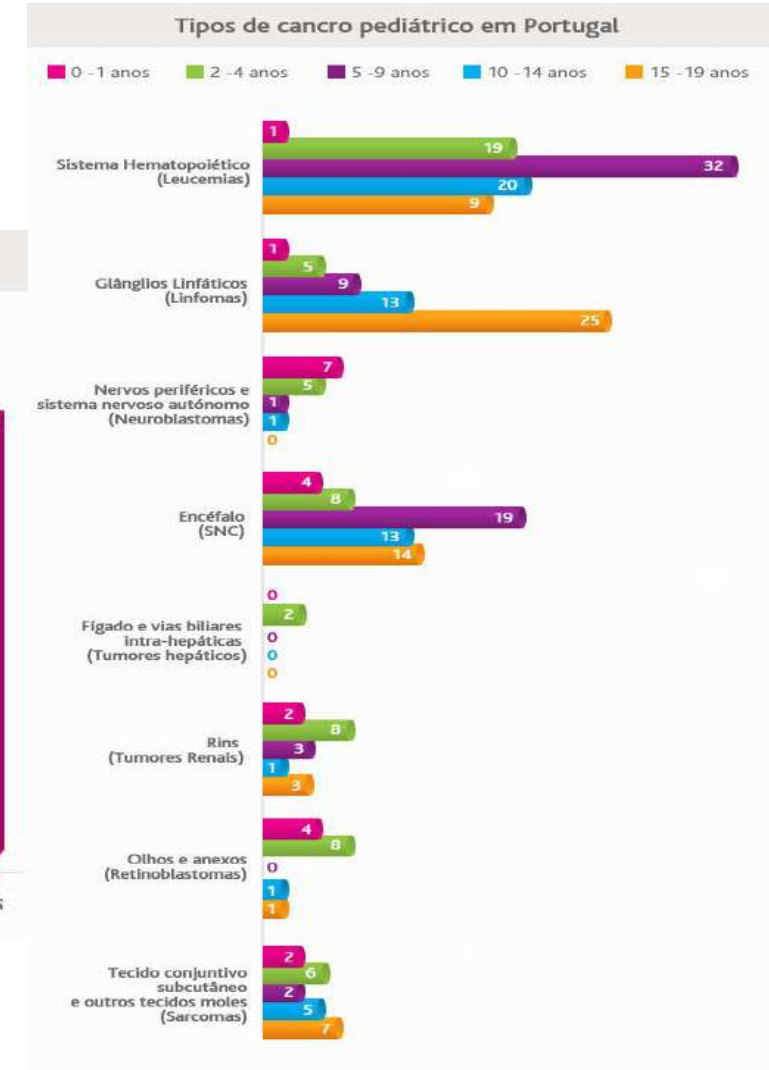
(Fundação Rui Osório de Castro, 2021)

2005



Fonte: <https://www.pipop.info/pais-e-amigos/cancro-pediatico/dados-estatisticos/>

2005



Fonte: <https://www.pipop.info/pais-e-amigos/cancro-pediatico/dados-estatisticos/>

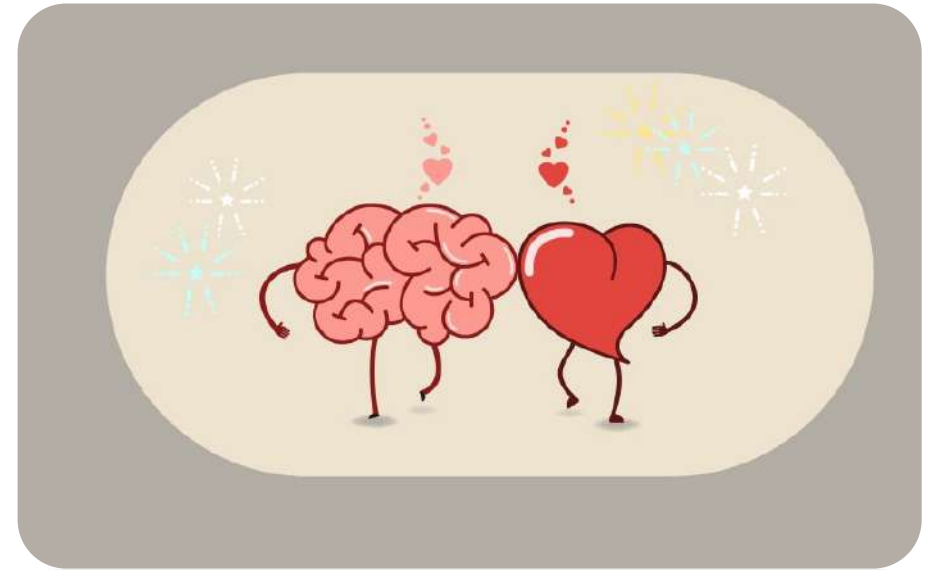
FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

ONCOSEXOLOGIA

Conjunto de **intervenções de uma equipa multidisciplinar** ao utente oncológico e parceiro com **foco nas suas necessidades relacionais e sexuais.**

40% de todos os tipos de cancro afetam diretamente a sexualidade do utente nas fases de desejo, excitação e/ou orgasmo.

Pelo aumento da prevalência e taxa de sobrevivência, aumenta também as **complicações a curto, médio e longo prazo adjacentes à sexualidade.**



Fonte: https://multimedia.boavontade.com/sites/default/files/styles/grande/public/cerebro2_1.jpg?itok=YE0giZgL

Esta abordagem é **essencial ao bem-estar e qualidade de vida dos utentes**, sendo parte do cuidado holístico do continuo cuidado oncológico.

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

ONCOSEXOLOGIA



FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

ONCOSEXOLOGIA

Radioterapia Pélvica/Abdominal

Eritema agudo das mucosas e descamação

- Diarreia
- Hemorragia retal
- Irritação da Bexiga
- Hematúria
- Incontinência urinária
- Prurido
- Ardor
- Secura Vaginal

Fibrose pélvica

- Estenose intestinal e uretral
- Edema
- Inflamação
- Isquemia
- Necrose
- Disfunção erétil e ejaculatória

Infertilidade temporária ou permanente



Fonte: <https://www.inca.gov.br/en/node/2559>

Quimioterapia

- Náuseas/Vômitos
- Diarreia/Obstipação
- Mucosite
- Alopécia
- Alterações de peso, paladar e cheiro

- Alterações da lubrificação vaginal
- Alterações da capacidade de orgasmo
- Aumento da dor no ato sexual
- Infertilidade
- Toxicidade para o parceiro

- Depressão
- Ansiedade
- Agitação
- Raiva
- Stress

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

ONCOSEXOLOGIA

Cirurgia

- Dissecação nervosa
- Danos nos tecidos envolventes
- Traqueostomias
 - Estomas
- Amputações

- Fadiga
- Restrições de mobilidade
- Danos Psicológicos
- Cicatrizes e alterações da autoimagem

Antieméticos

- Hipogonadismo
- Diminuição da resposta sexual
- Atraso em atingir orgasmo
- Disfunção erétil
- Desinibição e aumento do desejo sexual



Medicação

Antidepressivos

- Diminuição do desejo sexual
- Dificuldades no orgasmo
- Atraso na ejaculação
- Disfunção erétil

Corticóides

- Aumento de peso
- Retenção de fluídos
- Dor
- Dificuldade em dormir
- Alterações menstruais
- Redução da libido (58%)
- Disfunção erétil (52%)
- Redução de fertilidade

Opióides/Anticonvulsivantes

- Disfunção sexual a 90% dos utentes
- Hipogonadismo
- Fadiga e Depressão
- Diminuição dos níveis de testosterona

FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

ONCOSEXOLOGIA

Isolamento Social

Contacto limitado com os pares

Autoestima diminuída

Proteção exagerada dos pais

Diminuição da expressão sexual e de relações íntimas

Alterações Corporais

Alterações de fertilidade

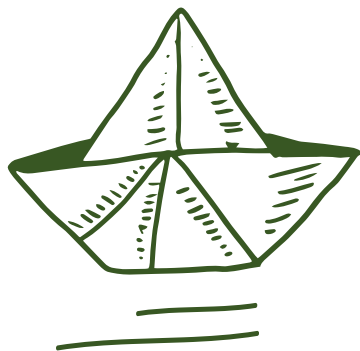
Efeitos secundários como fonte de vergonha
(diarreia, vômitos, halitose ou mucosite)

Dificuldades físicas e emocionais

Diminuição da privacidade



Fonte: <https://www.vectorstock.com/royalty-free-vector/group-happy-people-friends-together-in-casual-vector-16631924>



03. INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM



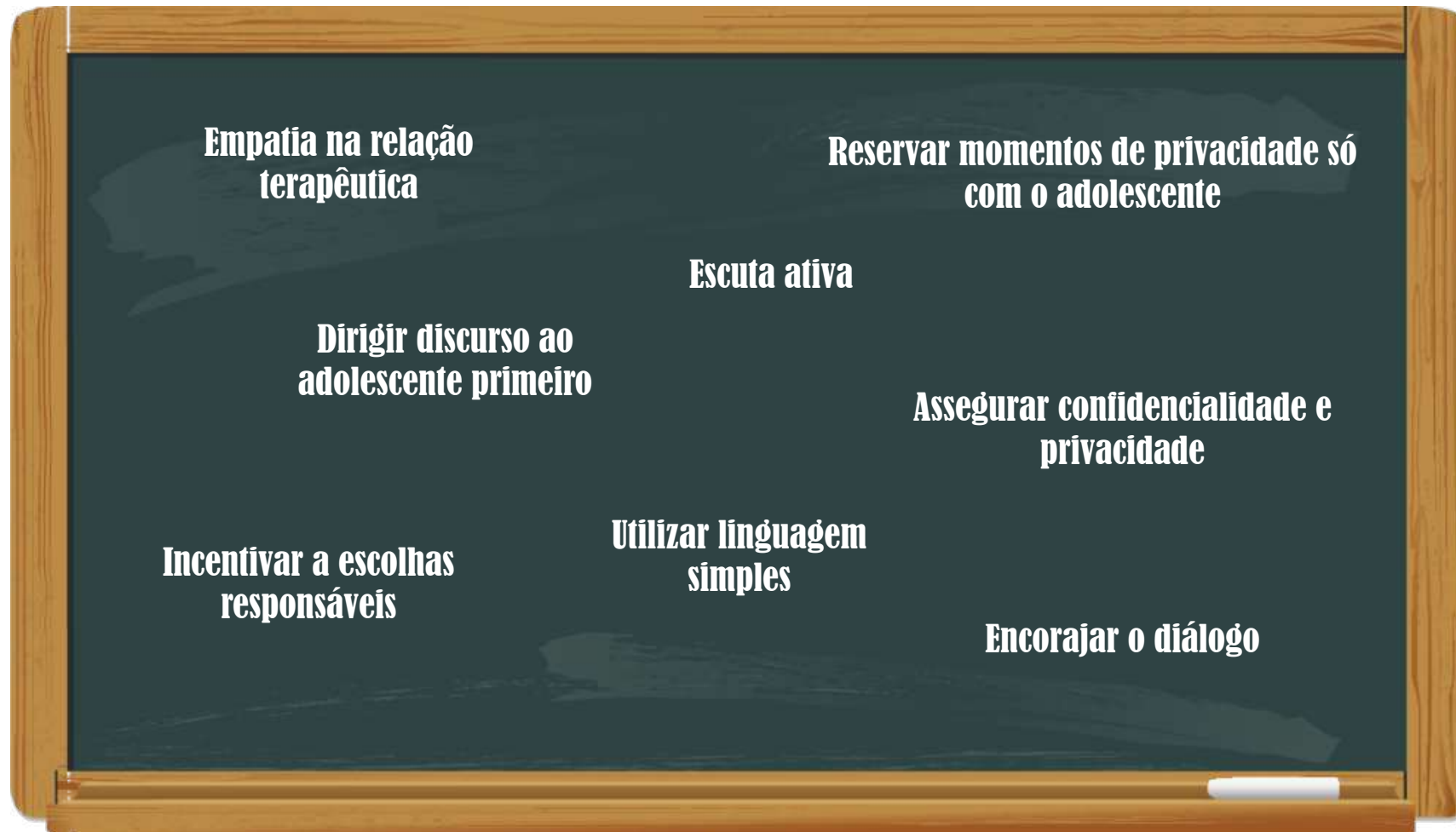
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Abordagem ao adolescente e família

Entrevista ao Adolescente		
H	Home (casa e família)	- Onde moras? Com quem vives? Tens um quarto só para ti? De quem te sentes mais próximo? Alguém saiu de casa recentemente?
E	Education e Employment (escola/emprego)	- Em que escola andas? Tens amigos na escola? Quais os teus planos futuros? Trabalhas? Onde e em que horário?
E	Eating (alimentação)	- De que gostas e não gostas no teu corpo? O teu peso alterou recentemente? O que é para ti uma dieta saudável? Fazes exercício?
A	Activities (atividades desportivas e lazer)	- O que fazes quando estas com os teus amigos? Praticas algum desporto? O que fazes com a tua família? Tens hobbies?
D	Drugs (consumos e adição)	- No teu grupo de amigos alguém bebe, fuma ou consome drogas? e tu? E na tua família?
S	Sexuality (sexualidade)	- Tens namorado(a) ou já tiveste? Já tiveste relações sexuais? Utilizas contraceção? Já alguma vez foste forçado(a) a envolveres-te contra a tua vontade?
S	Suicide (depressão, suicídio, humor)	Sentes-te triste ou em baixo? Estas sempre chateado? Tens dificuldades em dormir? Tens-te isolado nos últimos tempos?
S	Safety (segurança, acidentes, violência)	Já tiveste algum acidente grave? Que fazes para preveni-lo? Existe violência na tua família ou escola? Já alguma vez foste agredido ou vítima de bullying ou violência?

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Abordagem ao adolescente e família



INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Abordagem ao adolescente e família

Adolescentes		Pais
10 – 12/13 anos	✓ Focar o corpo como algo em transformação. ✓ Descoberta do gozo da vida em segurança ✓ Incentivar momentos de exercício e de conhecer novos amigos. ✓ Experimentar novas sensações sem perder controlo. ✓ Direito de dizer 'Não' se for obrigado a algo	✓ Importância da confiança na equipa de saúde ✓ Responsabilização pela própria saúde ✓ Normalização de temas pouco abordados.
12/13 – 15/18 anos	✓ Focar o corpo como algo em transformação. ✓ Importância da alimentação e exercício físico. ✓ Focar a prevenção de acidentes. ✓ Incentivar a expressão de dúvidas e inquietações face à sexualidade, afetividade, identidade sexual e significados de relações. ✓ Expressão sexualidade com afeto e comunicação como método seguro que diminui risco de confronto com efeitos de uma sexualidade desinformada.	✓ Proporcionar papel ativo nas decisões e encorajar encontro de soluções. ✓ Normalização na abordagem da sexualidade de modo a permitir expressão de expetativas e crenças no namoro, relacionamentos sexuais e paternidade. ✓ Permitir momentos de entrevista com o adolescente sozinho.



**Programa Nacional
Saúde Infantil e Juvenil**

Junho de 2013

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

Promoção de uma sexualidade saudável

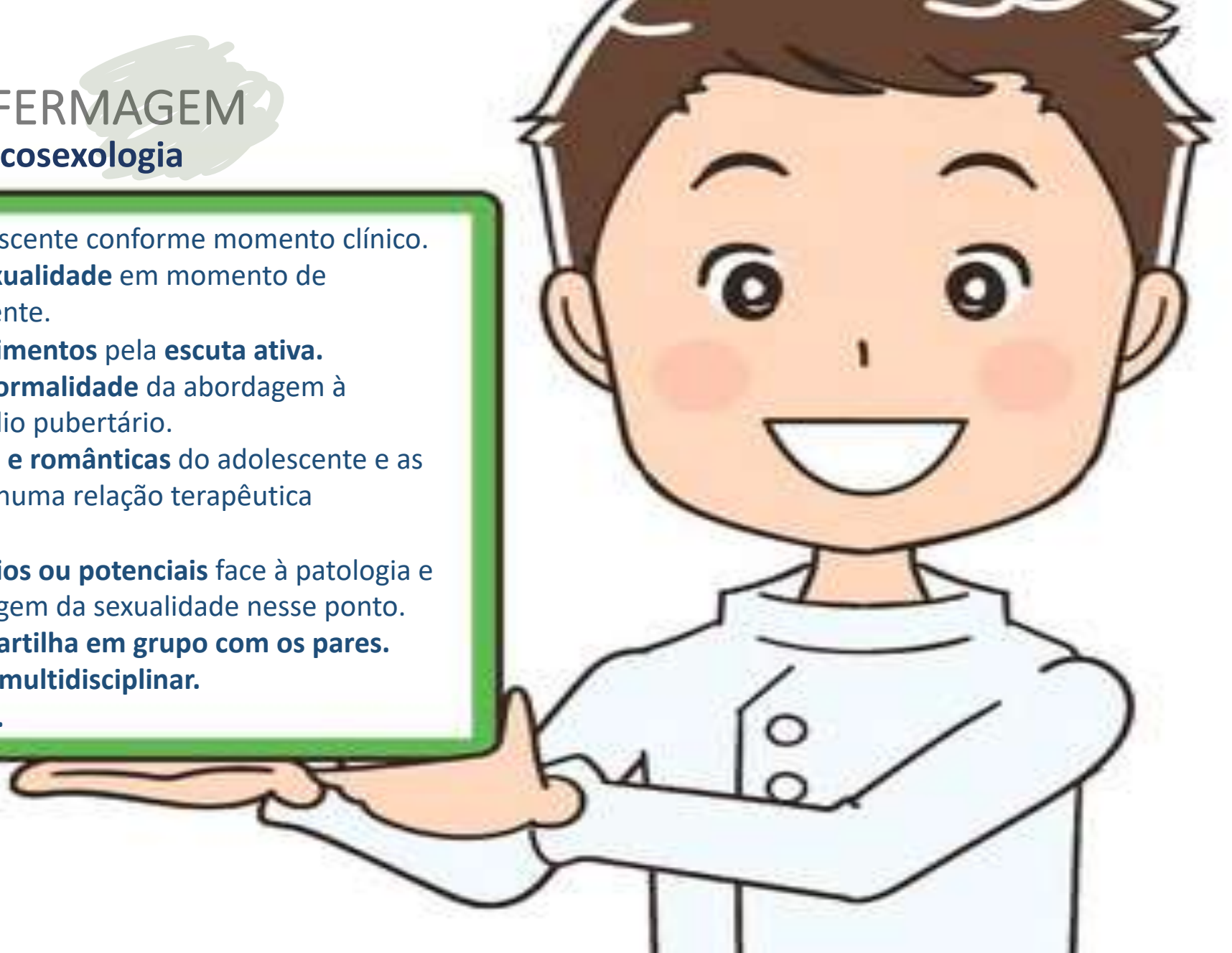


- x PERMITIR A EXPRESSÃO DA SEXUALIDADE
- x ESCLARECIMENTO DE DÚVIDAS/MEDOS
- x APOIO EMOCIONAL E ESCUTA ATIVA
- x EDUCAÇÃO SEXUAL – PREVENÇÃO DE GRAVIDEZ INDESEJADA E IST'S
- x PROMOVER A TOMADA DE DECISÃO RESPONSÁVEL E AUTONOMIA
- x ENCORAJAR E EDUCAR A FAMÍLIA PARA ABORDAR O TEMA DE UMA FORMA NATURAL

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

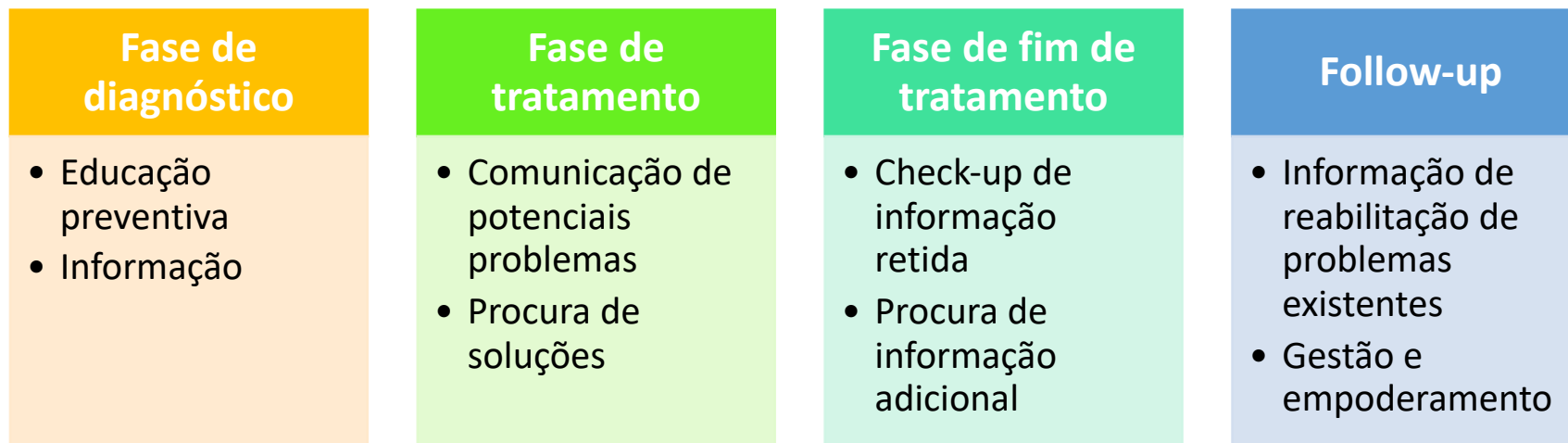
Oncosexologia

- ✚ Avaliar a situação do adolescente conforme momento clínico.
- ✚ Permitir a **expressão da sexualidade** em momento de **privacidade** com o adolescente.
- ✚ Permitir **expressão de sentimentos** pela **escuta ativa**.
- ✚ Informar a **família para a normalidade** da abordagem à sexualidade conforme estágio pubertário.
- ✚ Avaliar **experiências sociais e românticas** do adolescente e as **suas expetativas** com base numa relação terapêutica estabelecida.
- ✚ Avaliar os **efeitos secundários ou potenciais** face à patologia e tratamento e iniciar abordagem da sexualidade nesse ponto.
- ✚ Criação de **momentos de partilha em grupo com os pares**.
- ✚ Referenciação para **equipa multidisciplinar**.
- ✚ **Personalização do cuidado**.



FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

ONCOSEXOLOGIA



INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

MEIOS DISPONIVEIS PARA OS ENFERMEIROS



Fonte: <https://www.ipolisboa.min-saude.pt/>

Clinica de Oncosexologia

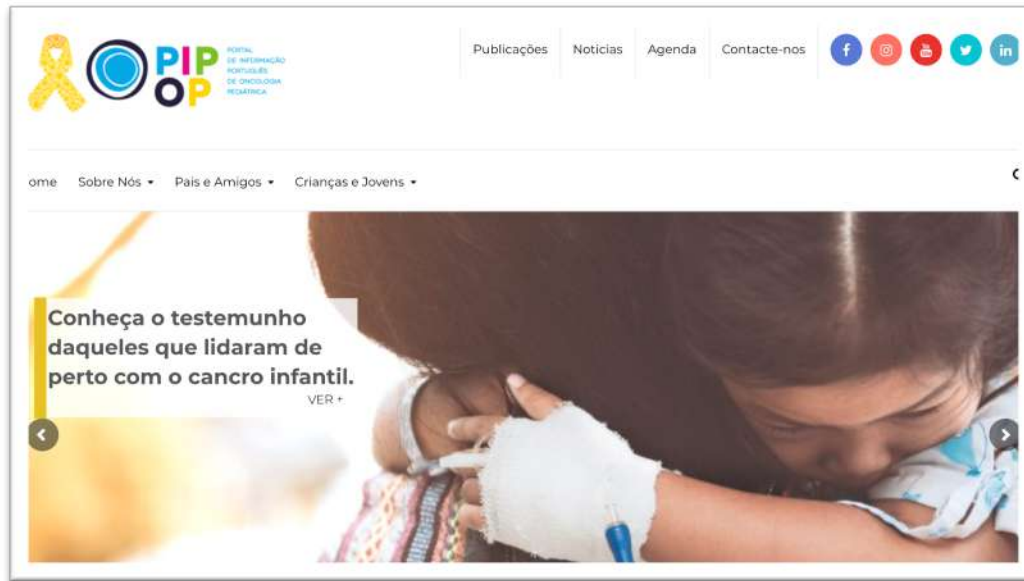
Consulta dos DUROS

Equipa Médica

Equipa de Psiquiatria/Psicologia

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

MEIOS DISPONÍVEIS PARA OS ENFERMEIROS



Portal de Informação Português de Oncologia Pediátrica
<https://www.pipop.info/>



Fundação Rui Osório de Castro
<https://froc.pt/>

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

MEIOS DISPONÍVEIS PARA OS ENFERMEIROS



Programa Nacional de Saúde Reprodutiva
<https://www.saudereprodutiva.dgs.pt/>



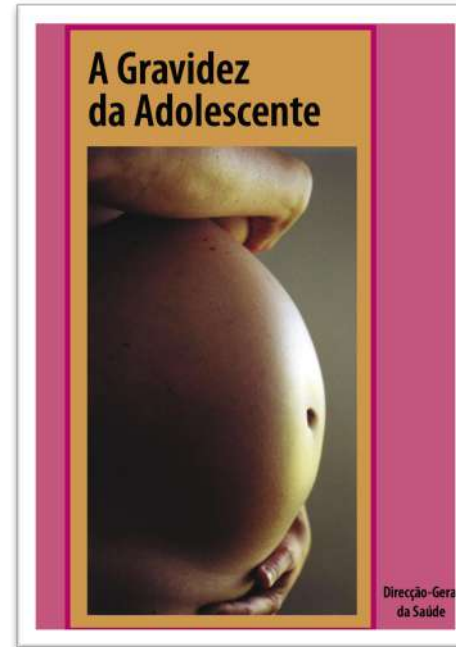
CheckpointLX – apoio clínico à comunidade LGBTQ
<https://www.checkpointlx.com/>

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

MEIOS DISPONIVEIS PARA OS ENFERMEIROS



Quantos Queres
- Prevenção de IST para
adolescentes -



Guia para a Gravidez na
Adolescência

Folheto para Profissionais



INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

PROJETOS FUTUROS



Fonte: <https://www.proof.com.br/blog/wp-content/uploads/2016/05/futuro.png>

- Diagnóstico e intervenções de Enfermagem em Oncosexologia no sistema Sclinico – Formação num futuro próximo
- Inclusão dos ensinios de Oncosexologia na 1ª Alta Clínica
- Implementação de consultas de Enfermagem com os DUROS que incluam a Oncosexologia

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

PROJETOS FUTUROS

SClinico

FOCOS

Desenvolvimento Infantil

- Avaliar desenvolvimento do adolescente
- Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre desenvolvimento infantil

Autoestima

- Avaliar autoestima (baixa, moderada ou elevada)

Maturação
Feminina/Masculina

- Avaliar maturação feminina/masculina
- Avaliar conhecimento sobre maturação feminina/masculina

Coping

- Avaliar coping
- Avaliar conhecimento de estratégias de coping

Interação Social

- Avaliar interação social

INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM

PROJETOS FUTUROS

SClinico

Ensinar sobre dispositivos

37	Dispositivos sexuais		
38	Uso de lubrificantes		
39	Contraceptivos		
40	Dispositivos de auto cuidado: arranjo pessoal		

Ensinar sobre tratamentos

25	Alterações da função sexual devido à quimioterapia		
26	Alterações da função sexual devido à radioterapia		
27	Alterações da função sexual devido à intervenção cirúrgica		
28	Alterações da função sexual devido ao regime medicamentoso		
29	Alterações corporais devido aos tratamentos		
30	Alterações psicossociais devido aos tratamentos		

Ensinar sobre maturação

Normas			
Ordem	Norma	Válido	Activo
1	Expressão da sexualidade: conceitos		
2	Anatomia e fisiologia da função sexual masculina / feminina		
3	Fases de resposta da função sexual masculina: desejo, excitação, lubrificação, penetração, ejaculação/orgasmo.		
4	Fases de resposta da função sexual masculina: desejo, excitação, lubrificação, penetração, ejaculação/orgasmo.		
5	Satisfação sexual. Interação sexual.		
6	Prevenção de infeções sexualmente transmissíveis		
7	Planeamento familiar		

Ensinar sobre doença

3	Alterações da função sexual devido ao processo de doença		
---	--	--	--

Ensinar sobre fertilidade

Normas			
Ordem	Norma	Válido	Activo
1	Potenciais alterações de fertilidade devido aos tratamentos		
2	Contracepção		
3	Criopreservação de esperma		
4	Criopreservação de óvulos		
5	Inseminação		

Providenciar

Normas			
Ordem	Norma	Válido	Activo
1	Períodos de privacidade e intimidade com o(s) par (es)		
2	Envolvimento dos prestadores de cuidados no respeito pela privacidade e intimidade do(a) adolescente		

Ensinar sobre estratégias adaptativas

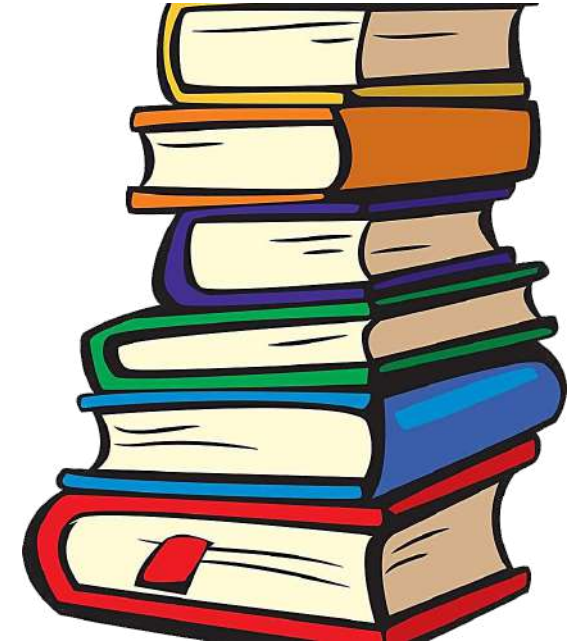
14	Referenciais e contactos para aconselhamento e suporte		
----	--	--	--

Referir

Normas			
Ordem	Norma	Válido	Activo
	para o(a) médico(a) assistente		
	para o(a) psicólogo(a)		
	para (a) fisioterapeuta		
	para o(a) terapeuta ocupacional		
	para o (a) enfermeiro(o)		
	para a equipa multidisciplinar de oncosexologia		

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- American Academy of Pediatrics. (2017). Promoting Healthy Sexual Development and Sexuality. In C. a. American Academy of Pediatrics: Guidelines for Health Supervision of Infants, Bright Futures (pp. 217-227). USA: American Academy of Pediatrics.
- DGS. (2013). Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Fundação Rui Osório de Castro. (2021). Oncologia Pediátrica [Web Page]. Acedido a 22 de Março de 2021. Disponível em: <https://froc.pt/oncologia-pediatica/>
- Hockenberry, M., Wilson, D., & Rodgers, C. (2018). Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica. Rio de Janeiro: Elsevier
- Kerntopf, M., Lacerda, J., Fonseca, N., Nascimento, E., Lemos, I., Fernandes, G., & Menezes, I. (2016). Sexualidade na Adolescência: Uma revisão critica da literatura. *Adolescência e Saúde*, 106-113.
- Meleis, A. I. (2010). Transitions Theory: Middle-Range and situation specific theories in nursing and practice. New York: Springer Publishing Company.
- OMS. (2006). Orientation programme on adolescent health for health care providers. World Health Organization.
- OMS. (2013). Diagnóstico Laboratorial de Doenças Sexualmente Transmissíveis, incluindo o VIH. Ministério da Saúde.
- Reisman, Y & Gianotten, W. (Eds.). (2017). *Cancer; intimacy and sexuality: A practical approach*. Suíça: Springer. ISBN 978-3-319-43193-2.
- Smith, M. (2020). Nursing Theories and Nursing Practice. Philadelphia: F. A. Davis.
- Sociedade Portuguesa de Pediatria. (2005). Requisitos para o atendimento ao adolescente. Ministério da Saúde.
- Tomey, A., & Alligood, M. (2004). Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem). Loures: Lusociência.
- Veneroni, L., Bagliacca, E., Sironi, G., Silva, M., Casanova, M., Bergamaschi, Ferrarri, A. (2020). Investigating sexuality in adolescents with cancer: patients talk of their experiences. *Pediatric Hematology and Oncology*



DISCUSSÃO, ANÁLISE E REFLEXÃO

DÚVIDAS? QUESTÕES?

Obrigado!



APÊNDICE XVIII

Plano da Sessão da Formação “*Cuidar do adolescente com doença oncológica: Intervenções do enfermeiro na promoção de uma sexualidade saudável*”

PLANO DE SESSÃO INTERNAMENTO PEDIATRIA

Título	Cuidar do adolescente com doença oncológica: Intervenções do enfermeiro na promoção de uma sexualidade saudável.
Objetivo Geral	Refletir acerca da prática dos enfermeiros na promoção de uma sexualidade saudável nos adolescentes com doença oncológica.
Objetivos Específicos	Analisar os dados recolhidos no serviço relativamente a abordagem do adolescente com doença oncológica e da sua sexualidade.
	Enunciar as especificidades da adolescência e principais métodos de abordagem aos mesmos e sua família.
	Reconhecer as principais alterações da doença oncológica e tratamentos na expressão de uma sexualidade saudável.
	Identificar as principais intervenções de enfermagem no domínio físico e psicológico na promoção de uma sexualidade saudável no adolescente com doença oncológica.
	Reconhecer os meios disponíveis aos enfermeiros na instituição e fora da mesma de apoio na promoção de uma sexualidade saudável.
	Enunciar projetos futuros em construção relativamente a promoção de uma sexualidade saudável no adolescente com doença oncológica, incentivando a equipa na colaboração dos mesmos.
	Analisar e refletir acerca das praticas diárias de enfermagem da equipa e meios de melhoria das mesmas com foco nos ensinamentos retidos.
Data de sessão	6 de Abril de 2021, às 16h00
Local da Sessão	Sala de Enfermagem do Internamento de Pediatria do [REDACTED]
Formador	Enf. Miguel Negreiro – Aluno MEESIP
População-alvo	Enfermeiros do Internamento e Hospital de Dia da Pediatria do [REDACTED]

APÊNDICE XIX

Questionário de Avaliação da Sessão da Formação “*Cuidar do adolescente com doença oncológica: Intervenções do enfermeiro na promoção de uma sexualidade saudável*”

QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DE AÇÃO DE FORMAÇÃO

Formação: Cuidar do adolescente com doença oncológica: Intervenções do enfermeiro na promoção de uma sexualidade saudável.

Formador: Enfermeiro Miguel Negreiro – Aluno MEESIP; **Orientação:** [REDACTED]

A sua opinião acerca da formação terminada é bastante importante, pois permite o desenvolvimento de um processo de melhoria contínua e ajustamento dos programas e métodos utilizados em ações futuras. Circule (O) o ponto relativo ao valor que entende ser a sua opinião relativamente aos parâmetros abaixo indicados, atribuindo desde o valor 1 “nada” e o valor 5 “muito”.

A – Conteúdos da sessão de formação e métodos

Nada				Muito
1	2	3	4	5
•	•	•	•	•
•	•	•	•	•
•	•	•	•	•
•	•	•	•	•
•	•	•	•	•
•	•	•	•	•

1. Pertinência dos conteúdos da ação de formação
2. Eficácia da estrutura dos conteúdos
3. Interesse/utilidade dos conteúdos
4. Adequação de métodos utilizados aos temas abordados
5. Equilíbrio entre exposição teórica/exposição didática
6. Duração da ação de formação (considerando tema e respetivo tempo)

B – Formador

Nada				Muito
1	2	3	4	5
•	•	•	•	•
•	•	•	•	•
•	•	•	•	•
•	•	•	•	•
•	•	•	•	•

7. Domínio e clareza na exposição do material tratado em formação
8. Estímulo à participação dos formandos na sessão
9. Capacidade de motivar para as matérias lecionadas
10. Documentação e bibliografia suficiente e adequada
11. Pontualidade/ cumprimento de horário da sessão

C – Organização

Nada				Muito
1	2	3	4	5
•	•	•	•	•
•	•	•	•	•
•	•	•	•	•

12. Qualidade e adequação das instalações e equipamento
13. Adequação das condições físicas (sala e acessibilidade)
14. Pertinência do horário da sessão

D – Avaliação global da ação de formação

Nada				Muito
1	2	3	4	5
•	•	•	•	•
•	•	•	•	•
•	•	•	•	•
•	•	•	•	•

15. Concretização de objetivos propostos
16. Esta ação permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos
17. O nível das matérias tratadas foi adequado ao seu nível de conhecimento
18. Recomendaria esta ação de formação a colegas

E – Críticas/Sugestões/Comentários

APÊNDICE XX
Caderno Clínico

0. INTRODUÇÃO

Este caderno é criado na sequência do desenvolvimento da temática de projeto de estágio de um enfermeiro em exercício de funções no S. Pediatria, no âmbito do curso de mestrado e especialidade em enfermagem de saúde infantil e pediatria: Cuidar do adolescente com doença oncológica – Intervenções na promoção de uma sexualidade saudável.

1. FUNDAMENTAÇÃO

Pelo aumento da taxa de sobrevivência, a doença oncológica infantil é considerada uma doença crónica e acarreta uma vigilância de saúde e tratamentos específicos com vista a um cuidado holístico.

O cancro infantil afeta o desenvolvimento de uma identidade sexual e função sexual nos adolescentes (10–19 anos) a longo prazo pelo isolamento social, contacto limitado com os pares, proteção exagerada dos pais, diminuição de oportunidades para expressão sexual, alterações da imagem corporal/ autoestima e função hormonal pelos tratamentos e dificuldades físicas ou emocionais associadas.

É muito comum o desenvolvimento de sentimentos de desesperança e ansiedade pela potencial perda de uma normalidade e sonhos para uma vida adulta completa. Também a perda de cabelo, amputação, perda/ganho de peso, a fadiga, entre outros, são sintomas que levam a uma restrição da sua independência e diminuição de vida social e sexual.

A atracção e a imagem corporal encontram-se interligadas neste ponto, sendo cruciais para o desenvolvimento da autoestima e autoconsciência do jovem em maturação, sendo que alterações destes aspetos provocam o evitar ou uma diminuição das tentativas de estabelecer relações íntimas.

As alterações de fertilidade, apesar de nem sempre ocorrerem, devem ser consideradas e é da responsabilidade dos profissionais oferecer a oportunidade de conservação de esperma ou óvulos quando possível, sendo este também um assunto sensível de abordar com os adolescentes que se podem sentir embaraçados por se encontrarem numa fase de descoberta de sentimentos e da sua sexualidade.

No impacto nas relações amorosas e intimidade é importante ter em consideração que o lidar com os efeitos imediatos do tratamento como diarreia, vômitos, alterações das mucosas, etc., que provocam disfagia, halitose e infeções podem ser uma fonte de embaraço e afetam diretamente a expressão de intimidade (beijar, sorrir ou mesmo falar). A diminuição da privacidade pelas intervenções dos profissionais de saúde ou pela presença dos cuidadores 24h por dia afeta ainda a expressão de uma sexualidade saudável, sendo necessário uma negociação de períodos de privacidade.

Referências Bibliográficas (citadas por Enf^a Miguel Negreiro):

Reisman, Y & Gianotten, W. (Eds.). (2017). Cancer, intimacy, and sexuality: A practical approach. Suíça: Springer. ISBN 978-3-319-43193-2.

Veneroni, L., Bagliacca, E., Sironi, G., Silva, M., Casanova, M., Bergamaschi, Ferrarri, A. (2020). Investigating sexuality in adolescents with cancer: patients talk of their experiences. Pediatric Hematology and Oncology

OMS. (2006). Orientation programme on adolescent health for health care providers. World Health Organization.

2. CONCEITOS

Desenvolvimento infantil

Desenvolvimento Infantil é um tipo de Crescimento com as características específicas: processo de desenvolvimento físico normal e progressivo, de acordo com a idade aproximada e estádios de crescimento e desenvolvimento, desde o nascimento e através da infância até à idade adulta.

Auto Estima

Auto Estima é um tipo de Auto Conceito com as seguintes características específicas: Opinião que cada um tem de si próprio e visão do seu mérito e capacidades, verbalização das crenças sobre si próprio, confiança em si, verbalização de auto-aceitação e de auto-limitação, desafio das imagens negativas sobre si, aceitação do elogio e do encorajamento, da mesma maneira, que da crítica construtiva.

massa muscular, diminuição da gordura corporal, aumento da secreção sebácea e perspiração.

Maturação

Maturação é um tipo de crescimento com as características específicas: processo normal e progressivo de desenvolvimento físico durante a transição da infância para a idade adulta, de acordo com a idade aproximada e estádios de crescimento e desenvolvimento da puberdade; caracterizada por crescimento acelerado entre os 9 e os 16 anos de idade, acompanhada de fechamento ósseo, alterações da voz, distribuição do pelo adulto, aumento da

Maturação feminina

Maturação feminina é um tipo de maturação com as características específicas: processo próprio de desenvolvimento e crescimento físico da mulher, que ocorre com a transição da infância para a idade adulta, acompanhado pelo desenvolvimento do peito e início da menstruação.

Maturação masculina

Maturação masculina é um tipo de maturação com as características específicas: processo próprio de desenvolvimento e crescimento físico do homem, que ocorre com a transição da infância para a idade adulta, acompanhado de descida testicular, aumento do pénis e primeira ejaculação de esperma.

COPING

Coping é um tipo de Adaptação com as características específicas: disposição para gerir o stress que constitui um desafio aos recursos que o indivíduo tem para satisfazer as exigências da vida e padrões de papel autoprotectores que o defendam contra ameaças subjacentes que são apercebidas como ameaçadoras de uma autoestima positiva; acompanhado por um sentimento de controlo, diminuição do stress, verbalização da aceitação da situação,

aumento do conforto psicológico.

Interação Social

Interação social é um tipo de Ação interdependente com as características específicas: Ações de intercâmbio social mútuo, participação e trocas sociais entre indivíduos e grupos.

Interação sexual

Interação Sexual é um tipo de Acção Interdependente com as características específicas: expressões comportamentais de desejos, valores, atitudes e actividades sexuais entre indivíduos.

3. FOCOS

3.1. Foco Desenvolvimento infantil

Intervenção diagnóstica

Avaliar desenvolvimento do adolescente (15 anos)

Grupos da escala / Itens

O diagrama apresenta uma escala de avaliação de desenvolvimento de um adolescente de 15 anos, organizada em grupos de itens. Cada grupo é precedido por um ícone de seta para baixo e um asterisco azul. Os itens são listados com opções de resposta 'não' e 'sim'.

- Postura/visão/audição**
 - * Adota postura correta
 - ⊕ não
 - ⊕ sim
 - * Rastreio das perturbações visuais
 - ⊕ não
 - ⊕ sim
- Desenvolvimento moral**
 - * Entende o dever e a obrigação baseada num conjunto de direitos recíprocos (p
 - ⊕ não
 - ⊕ sim
- Desenvolvimento social**
 - * Luta pela independência
 - ⊕ não
 - ⊕ sim
 - * Ausenta-se de casa, passa mais tempo com os amigos
 - ⊕ não
 - ⊕ sim
- Tem relações heterossexuais**
 - * Tem relações heterossexuais
 - ⊕ não
 - ⊕ sim
- Apresenta mudanças de humor**
 - * Apresenta mudanças de humor
 - ⊕ não
 - ⊕ sim
- Consolida a sua identidade sexual**
 - * Consolida a sua identidade sexual
 - ⊕ não
 - ⊕ sim
- Procura uma identidade pessoal positiva**
 - * Procura uma identidade pessoal positiva
 - ⊕ não
 - ⊕ sim

Intervenção diagnóstica

Avaliar desenvolvimento da criança (11-13 anos)

Grupos da escala / Itens

- ☐ Postura/visão/audição
 - ☒ * Adota postura correta
 - ☐ não
 - ☐ sim
 - ☒ * Rastreio das perturbações visuais
 - ☐ não
 - ☐ sim
- ☐ Desenvolvimento moral
 - ☒ * Julga o ato pelas consequências e não pelas intenções
 - ☐ não
 - ☐ sim
- ☐ Desenvolvimento social/desenvolvimento cognitivo
 - ☒ * Revela entusiasmo em desenvolver capacidades, participar em trabalhos com s...
 - ☐ não
 - ☐ sim
 - ☒ * Domina o conceito de conservação
 - ☐ não
 - ☐ sim

- ☒ * Domina conceitos de maior, menor, mais escuro, mais claro, primeiro, último...
 - ☐ não
 - ☐ sim
- ☒ * Gosta de colecionar
 - ☐ não
 - ☐ sim
- ☒ * Tem auto conceito positivo
 - ☐ não
 - ☐ sim

Intervenção diagnóstica

Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre desenvolvimento infantil

Grupos da escala / Itens

☐ **Desenvolvimento infantil**

- ☐ * **Desenvolvimento postural**
 - ☐ não demonstra
 - ☐ demonstra
- ☐ * **Desenvolvimento motor**
 - ☐ não demonstra
 - ☐ demonstra
- ☐ * **Desenvolvimento da visão**
 - ☐ não demonstra
 - ☐ demonstra
- ☐ * **Desenvolvimento da audição e linguagem**
 - ☐ não demonstra
 - ☐ demonstra
- ☐ * **Desenvolvimento da fala e linguagem**
 - ☐ não demonstra
 - ☐ demonstra
- ☐ * **Desenvolvimento da interação social**
 - ☐ não demonstra
 - ☐ demonstra
- ☐ * **Desenvolvimento da autonomia**
 - ☐ não demonstra
 - ☐ demonstra

Status diagnósticos associados ao compromisso

Código	Juízo diagnóstico (status)	Ponderação	Frase de diagnóstico
8013503	Não Comprometido	0	Sem desenvolvimento infantil comprometido
8002145	Comprometido	1	Desenvolvimento infantil comprometido

Status diagnósticos associados ao conhecimento do prestador de cuidados

Código	Juízo diagnóstico (status)	Ponderação	Frase de diagnóstico
8013504	Presente	0	Conhecimento do prestador de cuidados sobre desenvolvimento infantil
8001646	Oportunidade de	1	Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre d

3.1.1. Intervenções associadas ao diagnóstico Sem desenvolvimento infantil comprometido

9004291	Avaliar desenvolvimento do adolescente (15 anos)
---------	--

3.1.2. Intervenções associadas ao diagnóstico Desenvolvimento infantil comprometido

Intervenções por diagnóstico	
Intervenções associadas ao juízo	
9000693	Referir ao serviço médico desenvolvimento infantil comprometido
9000707	Estimular desenvolvimento infantil
9000941	Encorajar a diminuir o uso de drogas
9000942	Encorajar a diminuir o uso de tabaco
9004291	Avaliar desenvolvimento do adolescente (15 anos)
9001274	Monitorizar peso corporal
9001139	Monitorizar altura
9001161	Incentivar comportamento de procura de saúde

3.1.3. Intervenções associadas ao diagnóstico Conhecimento do prestador de cuidados sobre desenvolvimento infantil

Intervenções por diagnóstico	
Intervenções associadas ao juízo	
9002514	Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre desenvolvimento inf

3.1.4. Intervenções associadas ao diagnóstico Potencial para melhorar o conhecimento do prestador de cuidados sobre desenvolvimento infantil

Intervenções por diagnóstico	
Intervenções associadas ao juízo	
9001606	Ensinar o prestador de cuidados sobre desenvolvimento infantil
9002514	Avaliar conhecimento do prestador de cuidados sobre desenvolvimento inf

3.2. Foco Auto estima

Intervenção diagnóstica

Avaliar auto estima

Escala de Rosenberg:

* No geral, estou satisfeito comigo próprio

☐ discordo bastante

☐ discordo

☐ concordo

☐ concordo bastante

* Às vezes penso que não valho nada

☐ concordo bastante

☐ concordo

☐ discordo

☐ discordo bastante

* Sinto que tenho certas qualidades positivas

☐ discordo bastante

☐ discordo

☐ concordo

☐ concordo bastante

* Sou capaz de fazer coisas tão bem como a maioria das pessoas

☐ discordo bastante

☐ discordo

☐ concordo

☐ concordo bastante

* Sinto que tenho muito de que me orgulhe

☐ concordo bastante

☐ concordo

☐ discordo

☐ discordo bastante

* Às vezes sinto-me mesmo inútil

☐ concordo bastante

☐ concordo

☐ discordo

☐ discordo bastante

* Sinto que sou uma pessoa de valor, pelo menos a um nível igual ao das outras

☐ discordo bastante

☐ discordo

☐ concordo

☐ concordo bastante

* Desejava ter mais respeito por mim próprio

☐ concordo bastante

☐ concordo

☐ discordo

☐ discordo bastante

* Em tudo o que faço, tendo a sentir que sou um falhanço

☐ concordo bastante

☐ concordo

☐ discordo

☐ discordo bastante

* Tenho uma atitude positiva para comigo

☐ discordo bastante

☐ discordo

☐ concordo

☐ concordo bastante

Status diagnósticos

Código	Juízo diagnóstico (status)	Ponderação	Frase de diagnóstico
8014199	Presente, em grau elevado	0	Auto estima elevada
8014229	Presente, em grau moderado	1	Auto estima moderada
8014198	Presente, em grau reduzido	1	Auto estima baixa

3.2.1. Intervenções associadas ao diagnóstico Auto estima elevada

Intervenções por diagnóstico

Intervenções associadas ao juízo

9004187 Avaliar auto estima

3.2.2. Intervenções associadas ao diagnóstico Auto estima moderada

Intervenções por diagnóstico	
Intervenções associadas ao juízo	
9000133	Providenciar material de leitura
9000624	Orientar para um grupo de suporte
9000720	Disponibilizar suporte emocional
9000755	Incentivar o apoio / suporte da família
9000867	Incentivar interação social com grupo de suporte
9000936	Ensinar sobre auto controlo: ansiedade
9001192	Incentivar a comunicação de emoções
9001226	Ensinar sobre doença
9001244	Ensinar sobre desenvolvimento infantil
9001327	Ensinar sobre tratamentos
9001353	Ensinar sobre recursos da comunidade
9001377	Incentivar o envolvimento da família
9001459	Ensinar sobre auto cuidado: arranjo pessoal
9001486	Ensinar sobre interação social
9001540	Ensinar sobre auto controlo dor
9001750	Ensinar sobre estratégias adaptativas
9001754	Ensinar sobre a imagem corporal
9001886	Vigiar comportamento
9002024	Escutar
9004187	Avaliar auto estima

3.2.3. Intervenções associadas ao diagnóstico Auto estima baixa

Intervenções por diagnóstico	
Intervenções associadas ao juízo	
9000133	Providenciar material de leitura
9000624	Orientar para um grupo de suporte
9000625	Referir para o serviço médico
9000720	Disponibilizar suporte emocional
9000755	Incentivar o apoio / suporte da família

9000867	Incentivar interação social com grupo de suporte
9000902	Encorajar interação social
9000936	Ensinar sobre auto controlo: ansiedade
9000943	Encorajar expressão de crenças
9001192	Incentivar a comunicação de emoções
9001196	Incentivar interação social
9001216	Referir
9001217	Referir para o serviço social
9001218	Referir para o serviço de fisioterapia
9001226	Ensinar sobre doença
9001244	Ensinar sobre desenvolvimento infantil
9001327	Ensinar sobre tratamentos
9001377	Incentivar o envolvimento da família
9001459	Ensinar sobre auto cuidado: arranjo pessoal
9001486	Ensinar sobre interação social
9001750	Ensinar sobre estratégias adaptativas
9001754	Ensinar sobre a imagem corporal
9001886	Vigiar comportamento
9002024	Escutar
9002029	Executar terapia de grupo
9004089	Executar intervenção psicoterapêutica
9004187	Avaliar auto estima
9004188	Promover auto estima

3.3. Foco Maturação Feminina

Intervenções Diagnósticas

Avaliar conhecimento sobre maturação feminina

Avaliar maturação feminina

Avaliar potencial para melhorar o conhecimento

Frases Standard

1-Maturação feminina comprometida

2-Sem maturação feminina comprometida

Frases standards

Frases

Demonstra conhecimento sobre maturação feminina

Não demonstra conhecimento sobre maturação

Status diagnósticos

Opções de diagnósticos

- ☐ Sem maturação feminina comprometida
- ☐ Maturação feminina comprometida
- ☐ Conhecimento sobre maturação feminina
- ☐ Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre maturação feminina
- ☐ Potencial para melhorar o conhecimento sobre maturação feminina

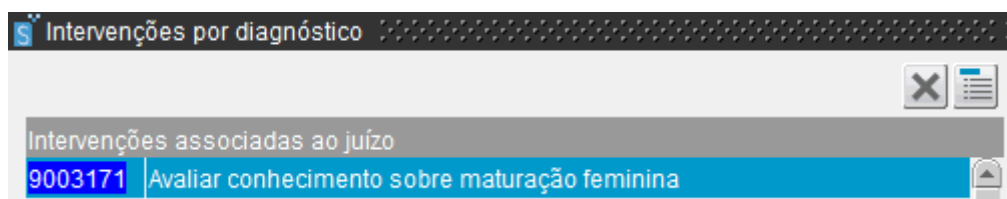
3.3.1. Intervenções associadas ao diagnóstico Sem maturação feminina comprometida



3.3.2. Intervenções associadas ao diagnóstico Maturação feminina comprometida



3.3.3. Intervenções associadas ao diagnóstico Conhecimento sobre maturação feminina



3.3.4. Intervenções associadas ao diagnóstico Potencial para melhorar conhecimento sobre maturação feminina comprometida

Intervenções por diagnóstico	
Intervenções associadas ao juízo	
9000133	Providenciar material de leitura
9001120	Ensinar sobre fertilidade
9001244	Ensinar sobre desenvolvimento infantil
9001247	Ensinar sobre dor
9001301	Ensinar sobre dispositivos
9001363	Ensinar sobre vacinas
9001379	Ensinar sobre hábitos de saúde: interação sexual
9001385	Ensinar sobre planeamento familiar
9001485	Ensinar sobre interrupção da gravidez
9003171	Avaliar conhecimento sobre maturação feminina
9004257	Ensinar sobre maturação
9004259	Ensinar sobre papel sexual

3.3.5. Intervenções associadas ao diagnóstico Sem potencial para melhorar conhecimento sobre maturação feminina comprometida

Intervenções por diagnóstico	
Intervenções associadas ao juízo	
9003171	Avaliar conhecimento sobre maturação feminina

3.4. Foco Maturação Masculina

Intervenções Diagnósticas

Intervenções
Avaliar conhecimento sobre maturação masculina
Avaliar maturação masculina
Avaliar potencial para melhorar o conhecimento

Frases standards	
Frases	Activo
Maturação masculina comprometida	☒
Sem maturação masculina comprometida	☒

Frases standards	
Frases	Activo
Demonstra conhecimento sobre maturação masculina	☒
Não demonstra conhecimento sobre maturação	☒

Status diagnósticos

Grupos de status	O.Frase	C.Central	Activo
Compromisso	1	7001563	☒
Potencial para melhorar o conhecimento sobre maturação masculina	2	7001153	☒

Juízo diagnóstico em relação ao compromisso

Código	Juízo diagnóstico (status)	Ponderação	Frases de diagnóstico
8000175	Não Comprometido	0	Sem maturação masculina comprometida
8000174	Comprometido	1	Maturação masculina comprometida

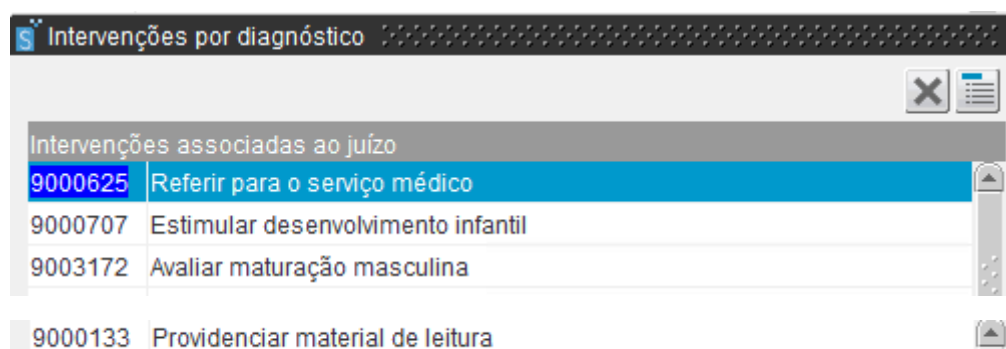
Juízo diagnóstico em relação ao conhecimento sobre maturação masculina

Código	Juízo diagnóstico (status)	Ponderação	Frases de diagnóstico
8013507	Presente	0	Conhecimento sobre maturação masculina
8013557	Ausente	0	Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre maturação masculina
8000177	Oportunidade de	1	Potencial para melhorar o conhecimento sobre maturação masculina

3.4.1. Intervenções associadas ao diagnóstico Sem maturação sexual comprometida

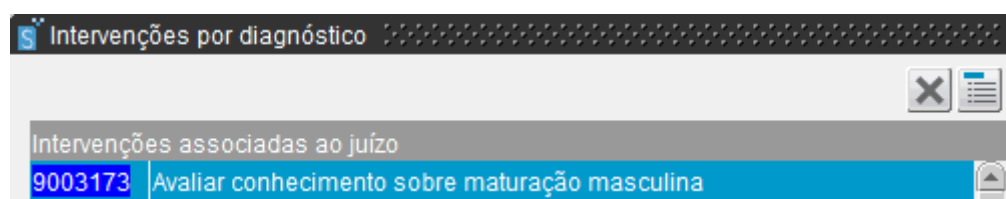
Intervenções por diagnóstico	
Intervenções associadas ao juízo	
9003172	Avaliar maturação masculina

3.4.2. Intervenções associadas ao diagnóstico Maturação sexual comprometida



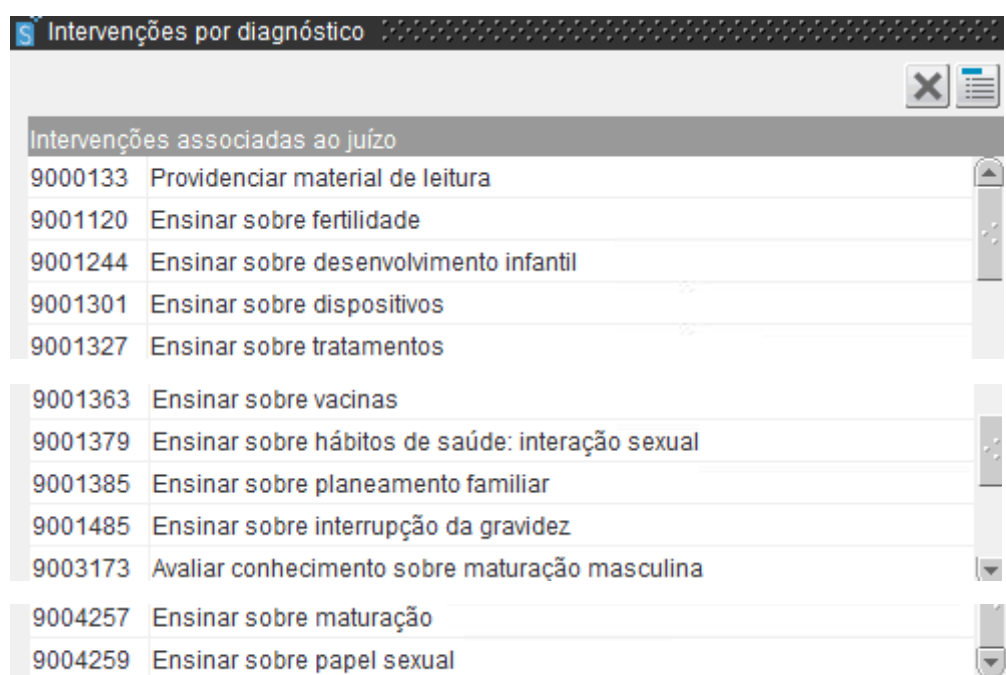
Intervenções associadas ao juízo	
9000625	Referir para o serviço médico
9000707	Estimular desenvolvimento infantil
9003172	Avaliar maturação masculina
9000133	Providenciar material de leitura

3.4.3. Intervenções associadas ao diagnóstico Conhecimento sobre maturação masculina



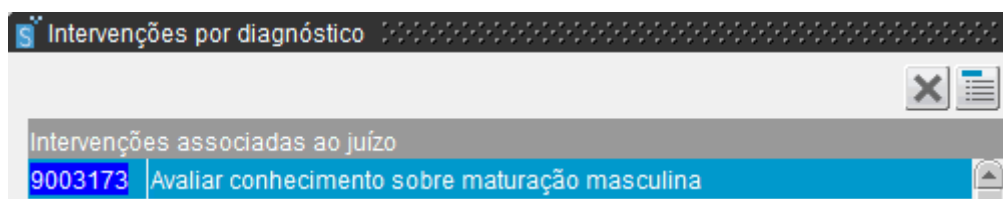
Intervenções associadas ao juízo	
9003173	Avaliar conhecimento sobre maturação masculina

3.4.4. Intervenções associadas ao diagnóstico Potencial para melhorar o conhecimento sobre maturação masculina



Intervenções associadas ao juízo	
9000133	Providenciar material de leitura
9001120	Ensinar sobre fertilidade
9001244	Ensinar sobre desenvolvimento infantil
9001301	Ensinar sobre dispositivos
9001327	Ensinar sobre tratamentos
9001363	Ensinar sobre vacinas
9001379	Ensinar sobre hábitos de saúde: interação sexual
9001385	Ensinar sobre planeamento familiar
9001485	Ensinar sobre interrupção da gravidez
9003173	Avaliar conhecimento sobre maturação masculina
9004257	Ensinar sobre maturação
9004259	Ensinar sobre papel sexual

3.4.5 Intervenções associadas ao diagnóstico Sem potencial para melhorar o conhecimento sobre maturação masculina



3.5. Foco Coping

Intervenções diagnósticas

Grupos de status	O.Frase	C.Central	Activo
Compromisso		7008247	☒

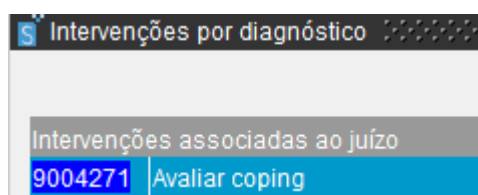
9004271 Avaliar coping

Frases standards	
Frases	Activo
Com resposta normal	☒
Com resposta patológica	☒

Status diagnósticos relativos ao compromisso

Código	Juízo diagnóstico (status)	Ponderação	Frase de diagnóstico
8014292	Não Comprometido	0	Sem coping comprometido
8014293	Comprometido	1	Coping comprometido

3.5.1. Intervenções associadas ao diagnóstico Coping não comprometido



3.5.2. Intervenções associadas ao diagnóstico Coping comprometido:

Intervenções por diagnóstico	
Intervenções associadas ao juízo	
9000231	Instruir sobre estratégias
9000938	Apoiar a família a identificar estratégias de coping eficazes
9001027	Assistir a identificar estratégias de coping eficazes
9001125	Vigiar coping
9001192	Incentivar a comunicação de emoções
9001377	Incentivar o envolvimento da família
9001536	Ensinar sobre coping
9004271	Avaliar coping

3.6. Foco Interação social

Intervenção diagnóstica

Avaliar interação social

Frases Standard
1-Não participa nem tem trocas sociais com indivíduos e grupos
2-Participa e interage com indivíduos e grupos

Status diagnósticos

Grupos de status	O.Frase	C.Central	Activo
Compromisso	1	7008218	☒

Código	Juízo diagnóstico (status)	Ponderação	Frase de diagnóstico
8014194	Não Comprometido	0	Sem interacção social comprometida
8014193	Comprometido	1	Interacção social comprometida

3.6.1. Intervenções associadas ao diagnóstico Sem interacção social comprometida

Intervenções por diagnóstico	
Intervenções associadas ao juízo	
9001602	Avaliar interacção social

3.6.2. Intervenções associadas ao diagnóstico Interação social comprometida

Intervenções por diagnóstico	
Intervenções associadas ao juízo	
9000622	Orientar a família para o serviço social
9000631	Orientar para serviço de saúde pública
9000741	Prevenir isolamento social
9000755	Incentivar o apoio / suporte da família
9000867	Incentivar interação social com grupo de suporte
9000885	Orientar para o enfermeiro de família
9000891	Requerer serviço social
9000902	Encorajar interação social
9001072	Aconselhar programa de interação social
9001196	Incentivar interação social
9001486	Ensinar sobre interação social
9001216	Referir
9001217	Referir para o serviço social
9001386	Orientar para o serviço de saúde
9001505	Assistir a pessoa a identificar condições dificultadoras da interação social
9001602	Avaliar interação social
9001886	Vigiar comportamento
9002029	Executar terapia de grupo
9004089	Executar intervenção psicoterapêutica

4. INTERVENÇÕES COM NORMAS ASSOCIADAS:

Ensinar sobre maturação

Normas				
Ordem	Norma		Válido	Activo
1	Expressão da sexualidade: conceitos		☐	☐
2	Anatomia e fisiologia da função sexual masculina / feminina		☐	☐
3	Fases de resposta da função sexual masculina: desejo, excitação, lubrificação, penetração, ejaculação/orgasmo.		☐	☐
4	Fases de resposta da função sexual masculina: desejo, excitação, lubrificação, penetração, ejaculação/orgasmo.		☐	☐

5	Satisfação sexual. Interação sexual.		☐	☐
6	Prevenção de infeções sexualmente transmissíveis		☐	☐
7	Planeamento familiar		☐	☐

Ensinar sobre dispositivos

37	Dispositivos sexuais		☐	☐
38	Uso de lubrificantes		☐	☐
39	Contraceptivos		☐	☐
40	Dispositivos de auto cuidado: arranjo pessoal		☐	☐

Ensinar sobre tratamentos

25	Alterações da função sexual devido à quimioterapia		☐	☐
26	Alterações da função sexual devido à radioterapia		☐	☐
27	Alterações da função sexual devido à intervenção cirúrgica		☐	☐
28	Alterações da função sexual devido ao regime medicamentoso		☐	☐
29	Alterações corporais devido aos tratamentos		☐	☐
30	Alterações psicossociais devido aos tratamentos		☐	☐

Ensinar sobre doença

3	Alterações da função sexual devido ao processo de doença		☐	☐
---	--	--	--------------------------	--------------------------

Ensinar sobre fertilidade

Normas			
Ordem	Norma	Válido	Activo
1	Potenciais alterações de fertilidade devido aos tratamentos	☐	☐
2	Contracepção	☐	☐
3	Criopreservação de esperma	☐	☐
4	Criopreservação de óvulos	☐	☐
5	Inseminação	☐	☐

Providenciar

Normas			
Ordem	Norma	Válido	Activo
1	Períodos de privacidade e intimidade com o(s) par (es)	☐	☐
2	Envolvimento dos prestadores de cuidados no respeito pela privacidade e intimidade do(a) adolescente	☐	☐

Ensinar sobre estratégias adaptativas

14	Referenciais e contactos para aconselhamento e suporte	☒	☒
----	--	-------------------------------------	-------------------------------------

Referir

Normas			
Ordem	Norma	Válido	Activo
	para o(a) médico(a)assistente	☐	☐
	para o(a) psicólogo(a)	☐	☐
	para (a) fisioterapeuta	☐	☐
	para o(a) terapeuta ocupacional	☐	☐

	para o (a) enfermeiro(o)	⬆ ⬇ ⬆ ⬇	┐	┐
	para a equipa multidisciplinar de oncosexologia	⬆ ⬇ ⬆ ⬇	┐	┐

APÊNDICE XXI

Jornal de Aprendizagem – Internamento de pediatria



**11º Curso de Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria**

***UC Estágio com Relatório
Ensino Clínico – Internamento de Pediatria*** ■

Jornal de Aprendizagem

Miguel Pereira Gonçalves Negreiro

—
Professor Orientador:

Professora Sónia Patrícia Lino Borges Rodrigues

Enfermeira Orientadora:
■

—
**Lisboa
2021**

Com este jornal de aprendizagem, realizado no âmbito da UC estágio com relatório no local de ensino clínico de Internamento de Pediatria do [REDACTED] [REDACTED] pretendo enquanto enfermeiro e aluno de especialidade em enfermagem refletir acerca das aprendizagens retidas durante a realização do ensino clínico e das horas de contato com as crianças, adolescentes e suas famílias, evidenciando as competências gerais e específicas de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria (EESIP) desenvolvidas, a interligação com a temática do projeto de estágio e a prática clínica com base na evidência científica.

Como refere a OE (2010), é constantemente necessário, na prática de enfermagem, a análise de práticas e a reflexão das mesmas, de modo a indicar os melhores caminhos enquanto cuidadores globais promotores de saúde e de modo a influenciar positivamente esta disciplina. Esta premissa torna assim este instrumento, não só uma base de avaliação, mas uma base de reconhecimento de competências de um rigor e profissionalismo crescente.

A equipa de enfermagem do internamento e hospital de dia de pediatria do [REDACTED] é constituída por 37 elementos, oito destes enfermeiros EESIP, que prestam cuidados no diagnóstico e tratamento de crianças e jovens dos 0 aos 17 anos e 364 dias com patologia oncológica, em conjunto com uma equipa multidisciplinar de médicos, assistentes operacionais, fisioterapeutas, equipa de secretariado, dietista, psicóloga, educadoras e voluntários de animação.

As estatísticas mais recentes demonstram que cerca de 400 novas crianças e jovens são diagnosticadas com doença oncológica por ano, sendo esta a primeira causa de morte não acidental na população infantojuvenil e que existe uma taxa de 90% de sobrevivência nestas crianças e jovens (FROC, 2021). Os tipos de patologia oncológica mais recorrentes são de facto mais incidentes nos adolescentes e maioritariamente leucemias, linfomas e tumores do sistema nervoso central com múltiplas complicações adjacentes (FROC, 2021; RORN, 2017).

Torna-se assim evidente a necessidade de cuidados e apoio à população infantojuvenil com este tipo de diagnóstico, sendo considerada uma patologia complexa, que necessita de cuidados em variadas vertentes, promovendo a importância do cuidado holístico de enfermagem não só às crianças em questão mas também às suas famílias.

Assim, a filosofia de cuidados centrados na família, praticada pelos profissionais do serviço, assenta-se e reconhece aqui a família como constante na

vida da criança e implica um cuidado com uma abordagem de planeamento, oferta e avaliação de cuidados de saúde baseada em parcerias mútuas entre profissionais de saúde, utentes e famílias (Hockenberry, Wilson, & Rodgers, 2018).

O enfermeiro desenvolve aqui um papel de suporte às famílias e seus papéis naturais de cuidadores e intervenientes na tomada de decisão construindo, com base nas suas próprias forças, conhecimentos e experiências, um cuidado complexo à criança que tem em consideração as suas necessidades e da respetiva família (Hockenberry, Wilson, & Rodgers, 2018).

A vulnerabilidade acrescida destas crianças potencia também um aumento de stress parental, implicando um esforço suplementar na adaptação e organização familiar, sendo imprescindível a ajuda dos profissionais na aquisição de uma postura proactiva perante a sua situação clínica de modo a derrubar barreiras internas erguidas pelas limitações expostas. Assim, o reforço positivo de competências e qualidades da criança/jovem e dos seus familiares deverá ser uma constante, promovendo um aumento da sua vinculação (OE, 2010).

A filosofia de cuidados não traumáticos por outro lado, também presente nos cuidados prestados pelos profissionais, refere-se à prestação de cuidados terapêuticos em determinados ambientes pela equipa de saúde através de intervenções que diminuem ou eliminam o sofrimento psicológico e físico das crianças e respetivas famílias (Hockenberry, Wilson, & Rodgers, 2018).

Estas intervenções podem passar pelo preparar da criança para procedimentos ou intervenções físicas, o apoio na diminuição e eliminação da ansiedade, medo, raiva, desapontamento, tristeza, vergonha ou culpa, a diminuição ou eliminação de fatores físicos e estímulos sensoriais como dor, extremos de temperatura, ruídos altos, luzes brilhantes ou escuridão (Hockenberry, Wilson, & Rodgers, 2018). Existe a preocupação por parte dos profissionais, em caso de utentes não isolados, de os levar para uma sala de tratamentos, longe do quarto e do ambiente familiar assim como a aplicação de EMLA® Creme na preparação de procedimentos mais dolorosos e o uso de sedação vigiada em procedimentos invasivos como punções lombares, entubação nasogástrica, etc.

O serviço possui bonecos em tamanho real logo à entrada do serviço, desenhos nas paredes, quadros e posters com figuras conhecidas/referências das crianças/jovens, enriquecendo estes corredores com elementos que as próprias crianças e jovens reconhecem como familiares.

Cada quarto, seja individual ou partilhado, tem uma televisão onde podem ver os desenhos animados que mais gostam sem restrições e muitas vezes desenhos ou decorações realizados pelos próprios utentes, sendo estes incentivados a realizá-los para enriquecerem e tornarem este espaço um pouco mais familiar e descontraído.

Dentro do serviço existe ainda uma zona de recreio, com vários brinquedos e estações de brincadeira com base na idade da criança e nos gostos que a mesma pode ter, onde atividades com puzzles, brinquedos, casas de brincar ou videojogos estão disponíveis 24h por dia. Na equipa existe ainda uma animadora, que todos os dias realiza atividades com as crianças e comunica com as mesmas de modo a entender o que estes gostariam de realizar.

No que toca ao acolhimento, o enfermeiro, com uma farda branca e azul, com bonecos, realiza esta ação na presença dos pais e da criança, aplica um discurso adequado aos mesmos e apresenta este serviço como se da própria casa se tratasse de modo a dar a conhecer todas as possibilidades no serviço. É explicado que possuem uma campainha para chamar em qualquer situação e apresenta de imediato toda a equipa presente no turno de forma a familiarizar de imediato com todos os profissionais.

Todo este espaço e interação vai de encontro ao modelo TEEP, tão importante no desenvolvimento do trabalho emocional por parte de enfermagem, na medida em que o ambiente físico, desde a luminosidade, os cheiros, os sons, as cores e a temperatura, constitui-se como o primeiro impacto da criança e jovem face ao meio hospitalar e em termos emocionais, surgindo como elementos que possam ser percebidos como stressante e estranho, frio e assustador, um local que pode causar insegurança e uma necessidade de proteção para o cliente e os seus familiares. Em ambiente seguro assim como a interação humano-afetiva inerente no local levam a que estes sintam-no como um local onde se sintam bem, seguros e “em casa” (Diogo, 2012, 2015).

A mobilização de interações e ações como o acolhimento, o cumprimentar, o expressar afeto, gerar um ambiente familiar, preservar a segurança no quarto, a sintonia com o mundo fantástico da criança, as despedidas calorosas e o uso de fotografias surgem como intervenções positivas neste âmbito por parte da equipa de enfermagem (Diogo, 2012, 2015).

Tendo em consideração a temática do meu projeto de estágio “*Cuidar do adolescente com doença oncológica: intervenções do enfermeiro na promoção de*

uma sexualidade saudável”, fui prestando cuidados e participando ativamente nas atividades clínicas, tendo por base os meus objetivos e atividades propostas nos contextos de cuidados durante o internamento e permanência em ambulatório no serviço, considerando a situação clínica da criança e do jovem e compreendendo também a sua dinâmica familiar.

Estas atividades permitiram o desenvolvimento de competências gerais e específicas de especialista com foco na abordagem da temática da promoção de uma sexualidade saudável aos adolescentes com doença oncológica, na medida em que através da aplicação de conhecimentos baseados em fontes científicas ou na opinião de peritos reconhecidos fui elaborando uma melhor prática de cuidados de enfermagem de modo a obter respostas satisfatórias de saúde (OE, 2010).

No que toca ao adolescente, é necessário ter especial atenção que a relação familiar muda de uma perspetiva de proteção/dependência para afeição mútua/igualdade no processo de alcance da independência, para tal é necessário o cuidado de enfermagem também focar-se nas necessidades específicas do adolescente, no respeito da sua privacidade e decisões conscientes de modo a ganhar a sua confiança (Hockenberry, Wilson, & Rodgers, 2018).

Esta filosofia inerente ao cuidado de enfermagem pediátrico, tendo por base a teoria de transições de Afaf Meleis, é bastante evidente nos cuidados prestados de forma diária pelos profissionais da unidade, que em conjunto com a família da criança, atuam como guias e fonte de conselhos científicos para uma maximização da saúde da criança ou adolescente, estabelecendo com estes e através das suas capacidades, novas competências no cuidar, considerando os processos de transição saúde-doença em curso.

O cuidar ao adolescente, em especial focando a promoção da sua sexualidade de uma forma saudável, foi identificada como uma grande lacuna nos cuidados prestados pela equipa que após a realização de questionários internos ao serviço, revelou que não se sentia confortável na abordagem da temática e que necessitava de conhecimentos tanto na sexualidade como na abordagem ao adolescente e à sua família.

Os direitos à saúde sexual e reprodutiva dos adolescentes são parte integrante dos direitos humanos e envolvem a vivência da sua sexualidade e autonomia, implicando práticas sexuais seguras e o uso de contraceção à sua disposição, sendo que o objetivo da saúde sexual vai mais além do aconselhamento e assistência

relativamente a reprodução, pela prevenção de gravidez indesejada, e prevenção de IST, mas também na melhoria das relações pessoais, qualidade de vida através da preparação dos adolescentes para a fase adulta pela reflexão acerca de determinadas situações afetivas (Kerntopf et al., 2016).

Assim, com base na evidência científica e nos focos identificados em serviço, iniciei a preparação de uma sessão formativa que abordasse a temática dos adolescentes (e as suas características diferenciadas) e a promoção da sua sexualidade, com foco no papel e nas intervenções de enfermagem. Foi-me assim possível transmitir os conhecimentos adquiridos e mais atuais possíveis à equipa, que de uma forma bastante agradável recebeu esta iniciativa, com foco nas suas possíveis intervenções capacitadoras. Após a elaboração de um plano de sessão, implementação da sessão e de um questionário de avaliação de sessão, foi possível averiguar que a mesma foi bastante produtiva e pertinente, permitindo aos profissionais do serviço um novo olhar sobre o adolescente e o seu papel profissional na promoção de saúde dos mesmos.

Este cuidado vai de encontro ao modelo de promoção de saúde de Nola Pender, que veio dar resposta à arte de cuidar de Enfermagem, na medida em que permite o objetivo final de ajudar o outro a cuidar de si próprio (Tomey & Alligood, 2004).

Assim, surge como uma tentativa de descrever a natureza multifacetada dos indivíduos que interagem com o ambiente enquanto procuram a sua saúde, deixando de focar modelos orientados para o ato de evitar, baseados no medo ou ameaça à sua saúde, mas demonstrando ao invés uma abordagem e competências orientadas para o foco desejado, no contexto de melhoria de saúde dos indivíduos (Tomey & Alligood, 2004).

A enfermagem assente neste modelo visa então não só o salvar vidas, mas também a promoção de uma qualidade de vida, surgindo como solução para políticas de saúde e para a reforma de cuidados de saúde em que os consumidores dos mesmos tornam-se capazes e motivados para atingir a sua saúde pessoal (Tomey & Alligood, 2004).

Esta visão de enfermagem vem justificar parte da ação de cuidados que presenciei na serviço, que visa a potenciação de ganhos em saúde pela prevenção de potenciais problemas, permitindo ao enfermeiro não só a avaliação de parâmetros físicos potenciadores de mau estar de saúde, mas também a entrevista junto com a

família e a própria criança ou adolescente de modo a identificar potenciais comportamentos de risco que possam tornar-se foco de intervenção do enfermeiro.

O fato de ser um local onde exerço funções laborais e um local chave no desenvolvimento do meu projeto de estágio, permitiu-me ainda ter uma maior abertura e confiança para o desenvolvimento das atividades propostas. Assim foquei-me também na elaboração de um caderno de orientações e normas *Scilicet* na intervenção de enfermagem no âmbito da oncosexualidade do adolescente, dando visibilidade às intervenções e ações de enfermagem no cuidado ao adolescente na promoção da sua sexualidade saudável. Realizei ainda turnos de observação na clínica de oncosexualidade do serviço de Radioterapia, focando os cuidados de oncosexualidade aos utentes e seus parceiros e tornei-me, por convite da equipa multidisciplinar, elo de ligação da pediatria à equipa multidisciplinar de oncosexualidade, permitindo-me um desenvolvimento futuro de competências nesta temática.

Como enfermeiro do serviço, tive ainda a abertura para iniciar projetos como o levantamento de necessidades dos adolescentes com doença oncológica no domínio da sua sexualidade, levantando as preocupações do adolescente num momento de privacidade para posterior avaliação e atuação de enfermagem, e a integração do papel de enfermagem na consulta dos DUROS (doentes que ultrapassaram a realidade oncológica – doentes em remissão), desenvolvendo uma consulta de enfermagem com abordagem da oncosexualidade nestes utentes. Estes são projetos pensados e perçecionados pela equipa para uma futura implementação e desenvolvimento, sendo que como elo de ligação terei um papel preponderante no desenvolvimento dos mesmos.

A implementação da atuação nesta temática de projeto reflete, em especial neste local de estágio, a sua extrema importância. A literatura aponta que o cancro infantil afeta o desenvolvimento de uma identidade sexual e função sexual a longo prazo pelo isolamento social, contacto limitado com os pares (em especial sem supervisão pelo corte de experiencias de rebeldia e descoberta sexual), proteção exagerada dos pais, diminuição de oportunidades para expressão sexual, alterações da imagem corporal e função hormonal pelos tratamentos e dificuldades físicas ou emocionais associadas (Reisman & Gianotten, 2017).

É muito comum o desenvolvimento de sentimentos de desesperança e ansiedade pela potencial perda de uma normalidade e sonhos para uma vida adulta completa. O impacto do cancro infantil sobre o jovem utente acarreta um risco

inesperado de morte a ser introduzido numa faixa etária tão nova e muitas vezes não é compreendido pelos seus pares. Também a perda de cabelo, amputação, perda/ganho de peso e a fadiga são sintomas que levam a uma restrição da sua independência e diminuição de vida social e sexual (Reisman & Gianotten, 2017).

A atracção e a imagem corporal encontram-se interligadas neste ponto, sendo cruciais para o desenvolvimento da autoestima e autoconsciência do jovem em maturação, sendo que alterações destes aspetos provocam o evitar ou uma diminuição das tentativas de estabelecer relações íntimas (Reisman & Gianotten, 2017).

As alterações de fertilidade, apesar de nem sempre ocorrerem, devem ser consideradas e deve ser da responsabilidade dos profissionais oferecer conservação de esperma ou óvulos quando possível, sendo este também um assunto sensível de abordar com os adolescentes que se podem sentir embaraçados por se encontrarem numa fase de descoberta de sentimentos e da sua sexualidade (Reisman & Gianotten, 2017).

O impacto nas relações amorosas, além do que foi acima descrito, é mais visível nos sobreviventes de cancro infantil, em especial nos tumores em órgãos genitais pelas incertezas acerca do próprio corpo, dificuldade de expressão de emoções, cicatrizes e possíveis problemas de fertilidade contribuindo para uma disfunção da sexualidade do casal e dificuldade na procura de ajuda (Reisman & Gianotten, 2017).

No tema da intimidade é importante ter em consideração que o lidar com os efeitos imediatos do tratamento como diarreia, vômitos, alterações das mucosas que provocam disfagia, halitose e infeções podem ser uma fonte de embaraço e afetam diretamente a expressão de intimidade (beijar, sorrir ou mesmo falar). A diminuição da privacidade pelas intervenções dos profissionais de saúde ou pela presença dos cuidadores 24h por dia afeta ainda a expressão de uma sexualidade saudável, sendo necessário uma negociação de períodos de privacidade (Reisman & Gianotten, 2017).

As intervenções dos profissionais passam por abordar a sexualidade pela expressão do adolescente e avaliar as experiências sociais e românticas no contexto do dia-a-dia, podendo ser positiva uma abordagem inicial relacional/amorosa. Não existe de facto um padrão de intervenção, sendo necessário avaliar a situação do adolescente e os efeitos secundários presentes de modo a prestar um cuidado

personalizado no continuo do cuidado oncológico. A criação de um espaço para a comunicação de preocupações e dúvidas permite iniciar uma abordagem eficaz através da manifestação de algum efeito secundário pelo adolescente de modo a averiguar e discutir acerca de expectativas românticas e íntimas nas relações futuras relacionadas com o tema em questão. O diálogo aberto e a escuta ativa surge como imprescindível de modo a fazer entender ao adolescente que as suas preocupações são de fato escutadas e existe uma ação perante as mesmas (Reisman & Gianotten, 2017).

O treino dos profissionais nesta temática permite derrubar várias barreiras de comunicação deste tema tabu e a utilização de ferramentas online promove também a divulgação de informação de uma forma eficaz, sendo necessário a interligação entre utente, profissionais, família, parceiros e escolas de modo a proporcionar uma rede de suporte face ao impacto dos tratamentos oncológicos (Reisman & Gianotten, 2017).

Assim, através da prática analítica, crítica e reflexiva e sob o olhar da enfermeira especialista durante as horas de contato de ensino clínico e pela enfermeira chefe na observação de cuidados de gestão do serviço, pude desenvolver competências gerais do domínio da especialidade, focando as mais desenvolvidas, como a demonstração de tomada de decisão segundo os princípios e valores deontológicos da profissão (A1.1), liderar de forma efetiva os processos de tomada de decisão na área de especialidade (A1.2), avaliar os processos e os resultados da tomada de decisão efetuada (A1.3), a promoção e proteção dos direitos humanos (A2.1), a gestão de cuidados na equipa com segurança e dignidade (A2.2), a mobilização de conhecimentos e habilidades com foco na melhoria de cuidados (B1.1), a orientação de projetos institucionais de qualidade (B1.2), a avaliação da qualidade das práticas clínicas (B2.1), o planeamento de programas de melhoria de cuidados (B2.2) e liderança dos mesmos (B2.3), entre outras (C2.2; D1.1; D2.1; D2.2; D2.3) (Diário da República, 2019).

No domínio das competências específicas de EESIP, foco essencialmente também o implementar e gerir em parceria, planos de saúde promotores de parentalidade e capacidade de gestão do regime da criança (E1.1), o diagnóstico precoce e intervenção nas doenças comuns e situações de risco (E1.2), a gestão diferenciada do bem-estar da criança e jovem, otimizando as respostas de saúde (E2.2), a promoção e adaptação da criança/jovem e família a doença crónica,

oncológica, deficiência e/ou incapacidade (E2.5), a promoção do crescimento e desenvolvimento infantil (E3.1), a comunicação com a criança e família apropriada ao estágio de desenvolvimento e cultura (E3.3), a promoção da autoestima e autodeterminação do adolescente nas suas escolhas de saúde (E3.4) entre outras (Diário da República, 2018).

A reflexão inerente a esta experiência de estágio, com possibilidade de uma atuação maior nas atividades e objetivos do projeto de estágio permite-me avaliar a intervenção do enfermeiro de oncologia na sexualidade do adolescente como algo fulcral, tão pouco focado mas que permite ganhos em saúde e resultados positivos tanto na interação com os adolescentes e famílias como na diminuição ou preparação para a reabilitação de sequelas e potenciais problemas associados a sexualidade após o tratamento oncológico, tanto a nível físico como emocional, tão caracterizante da personalidade do jovem que cuidamos.

O desafio desta prática assenta na sua apropriação e escolha de momento clínico, na medida em que existem ainda muitos entraves a sua concretização, em especial na presença de familiares, cabendo a cada profissional adequar estratégias de modo a implementar intervenções tão importantes ao desenvolvimento do jovem, mesmo com condição oncológica associada.

Assim, a partir da prática clínica e das horas de contato realizadas em estágio foi-me permitido o desenvolver de um papel de enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria, enquanto profissional detentor de intervenções avançadas com segurança, competência e satisfação da criança, jovens e suas famílias, procurando responder às necessidades das mesmas, no seu mundo global, removendo barreiras e aplicando instrumentos de gestão de cuidados maximizadores de saúde.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Diogo, P. (2012). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica: Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. Lisboa: Lusociência.
- Diogo, P. (2015). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica - Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. 2a Edição. Loures: Lusociência.
- Fundação Rui Osório de Castro. (2021). *Oncologia Pediátrica* [Web Page]. Acedido a 22 de Março de 2021. Disponível em: <https://froc.pt/oncologia-pediatria/>
- Hockenberry, M., Wilson, D., & Rodgers, C. (2018). *Wong: Fundamentos de Enfermagem Pediátrica*. Rio de Janeiro: Elsevier.
- Kerntopf, M., Lacerda, J., Fonseca, N., Nascimento, E., Lemos, I., Fernandes, G., & Menezes, I. (2016). Sexualidade na Adolescência: Uma revisão critica da literatura. *Adolescência e Saúde*, 106-113.
- Ordem dos Enfermeiros (2010) – Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica – Volume I. *Cadernos OE*, série I (3).
- Registo Oncológico Regional do Norte. (2017). *Registo Oncológico Regional do Norte 2011*. Porto: Instituto Português de Oncologia do Porto.
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. *Ordem dos Enfermeiros*. Diário da República, 2.ª série (N.º 26 de 06-02-2019), 4744-4750.
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). *Regulamento de competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica*. *Ordem dos Enfermeiros*. Diário da República, 2.ª série (N.º 133 de 12-07-2018), p. 19192–19194.

Reisman, Y & Gianotten, W. (Eds.). (2017). *Cancer, intimacy and sexuality: A practical approach*. Suíça: Springer. ISBN 978-3-319-43193-2.

Tomey, A. & Alligood, M. (2004). *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. Loures: Lusociência.

ANEXOS

ANEXO I
Livro Azul

Coleção
INSTITUTO DE APOIO À CRIANÇA

Projecto Rua
Centro de Apoio Comunitário

Livro Azul



Prevenção dos
Maus-Tratos na Infância



www.freepik.com



Instituto de Apoio à Criança



A Convenção dos Direitos da Criança



“ninguém deve exercer sobre ti qualquer espécie de maus-tratos”

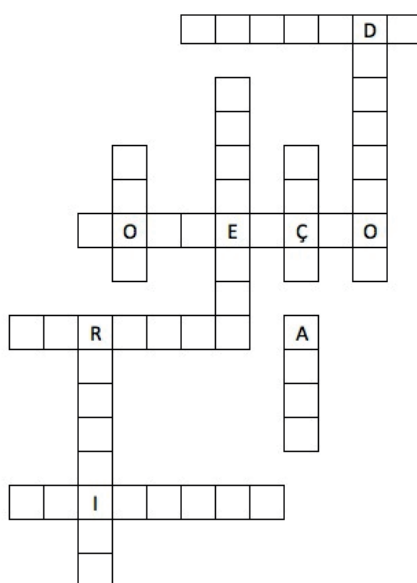
Já alguma vez ouviste falar na Convenção sobre os Direitos da Criança? Sabes o que é?

A Convenção sobre os Direitos da Criança é uma lei que foi aprovada pelas Nações Unidas a 20 de novembro de 1989 e que procura defender os teus direitos.

É composta por 54 artigos e um deles, o 19.º diz que ninguém deve exercer sobre ti qualquer espécie de maus-tratos. Os adultos e especialmente os teus pais, devem proteger-te contra abusos, violência e negligência. Ninguém tem o direito de te maltratar.

1.º Desafio Palavras Cruzadas

Direitos
Carinho
Amor
Proteção
Crianças
Convenção
Amizade
Respeito
Laço azul





O Laço Azul



“O laço azul simboliza o respeito e o amor a que todas as crianças têm direito”

Era uma vez, há muito, muito tempo, num sítio muito, muito longe de Portugal, um menino que tinha 2 irmãos e vivia com o pai e a mãe. Lá em casa, havia sempre muita confusão! Todos os dias havia alguém a gritar muito, muito alto, e todos os dias a mãe e o pai se chateavam.

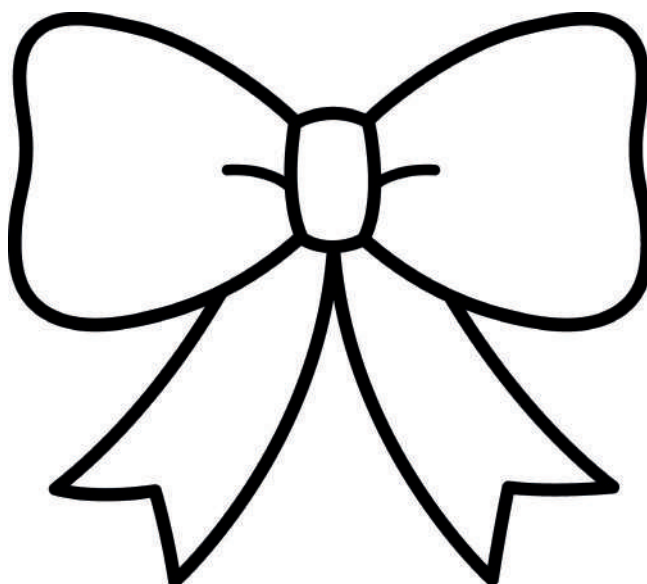
Gostas de ver o teu pai e a tua mãe zangados? Estes meninos também não!

Um dia, o pai e a mãe, chateados por causa do trabalho e outras coisas de adultos, bateram nos filhos, que não tinham culpa nenhuma! E outro dia, voltaram a bater... Os meninos andavam muito tristes porque não percebiam porque os pais faziam isso... E um dia, aconteceu algo muito mau ao menino.

A avó, que gostava muito, muito dos seus 3 netinhos - e que já tinha tentado ajudar - começou a usar uma fita azul, dobrada de uma forma muito especial - e como tinha a forma de laço, chamaram-lhe “Laço Azul”. Esse Laço Azul, passou a representar o amor que aquela avó tinha pelos seus netos e a vontade que ela tinha de lembrar a todos os pais, tios, avós e amigos que as crianças devem ser amadas e respeitadas e que não devemos maltratá-las (bater, chamar nomes ou tocar nas partes íntimas).

Nos dias de hoje, durante o mês de abril, o Laço Azul serve para relembrar que as crianças devem ser sempre respeitadas.

2.º Desafio Pinta o Laço a Teu Gosto





Os Segredos



Existem segredos bons e segredos maus.

Se alguma pessoa de quem gostas faz anos, podes juntar-te a outros amigos e preparar-lhe uma festa surpresa. É um segredo bom.

Se alguém te deixa desconfortável ou te faz sentir mal e depois pede-te segredo, esse segredo é um segredo mau e por essa razão não o deves guardar para ti.

Sabias que existem diferentes formas de maus-tratos?



“Nestas situações tu tens o Direito de Falar.
Tu Deves Falar...”



... se não cuidarem de ti (alimentação, ter uma casa, cuidados médicos, ir à escola...);

... se te obrigarem a trabalhar (algo que não seja ajudar os pais nas tarefas domésticas);

... se te obrigarem a mendigar (pedir dinheiro) na rua;

... se te baterem ou magoarem o teu corpo;

... se te chamarem nomes feios, ou disserem coisas que te deixam triste;

... se tocarem no teu corpo de uma forma que tu não gostas.





O que podes
fazer se te
maltratarem?



“Podes falar com
um adulto da tua
confiança”

Os adultos às vezes também se portam mal e nessas alturas precisam de ser ajudados a modificar o seu comportamento. Se ninguém falar com eles, eles poderão repetir o seu comportamento e continuar a fazer coisas más a ti, a outras crianças ou a outros adultos.

Existem pessoas capazes de te ajudar. Podes falar com um adulto da tua confiança ou que sintas que te pode ouvir. Pode ser a tua professora, funcionários da escola, treinador ou treinadora, médicos, etc.



3.º Desafio
Une o tracejado e
pinta o desenho





O que podes
fazer se te
maltratarem?

Liga
116 111

WhatsApp
913 069 404

Se preferires podes também falar com o Instituto de Apoio à Criança, que tem uma linha telefónica e pessoas disponíveis para te ouvir, esclarecer alguma dúvida que possas ter, ajudar-te a resolver esse ou outros problemas. É o número **116 111** e é gratuito e confidencial.

Se preferires também podes usar o WhatsApp **913 069 404**.





4.º Desafio – Pinta e Faz um Desenho a Teu Gosto



©Winged One. Single Classroom Use

ANEXO II

**Certificado da Formação “*Journal Club* – Sequencia rápida do
exoma em contexto de cuidados intensivos”**

CERTIFICADO

Declara-se que

Níquel Pereira Gonçalves Negroiro

portador/a do BI/CC nº _____,

frequentou a Formação em Serviço

" Sequência rápida do Exoma em contexto de cuidados Intensivos "

que se realizou em 04 / 03 / 2021,

com uma carga horária de 1 horas.

ANEXO III

**Certificado da Formação “Grupo PEA – Projetos de investigação e
educativos”**

CERTIFICADO

Declara-se que

Miguel Pereira Gonçalves Nequiro

portador/a do BI/CC nº _____,

frequentou a Formação em Serviço

"Grupo PEA - Projetos de Investigação e Educativos"

que se realizou em 09 / 03 / 2021,

com uma carga horária de 1:30 horas.

O SERVIÇO



Hospital Garcia de Orta, E.P.E.
Centro de Desenvolvimento da Criança
Forrado da Silva

ANEXO IV

Certificado do Webinar “*(In)visibilidades da Saúde Sexual dos Homens em Portugal*”

Associação Portuguesa de Enfermeiros
(IN)VISIBILIDADES DA SAÚDE SEXUAL
DOS HOMENS EM PORTUGAL

19 e 20 de Novembro de 2020

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa



CERTIFICADO

Certifica-se que **Miguel Pereira Gonçalves Negreiro** participou na Videoconferência “(In)visibilidades da Saúde Sexual dos Homens em Portugal”, realizada em parceria com a Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, de 19 a 20 de Novembro de 2020

Lisboa, 20 de Novembro de 2020.

O Presidente da Direção



ANEXO V

**Certificado do 1º. Congresso Internacional de Enfermagem da
Criança e do Adolescente “Acesso à Saúde de Qualidade e
Promoção de Bem-estar”**



1º Congresso Internacional de Enfermagem da Criança e do Adolescente

Acesso à Saúde de Qualidade e Promoção do Bem-estar

Certificado

Certifica-se que, Miguel Negreiro apresentou a Comunicação Livre intitulada: “Intervenções de Enfermagem na Sexualidade do Adolescente com Doença Oncológica: Um Protocolo de Scoping Review”, da autoria de Miguel Negreiro e Sónia Rodrigues, no 1º Congresso Internacional de Enfermagem da Criança e do Adolescente, subordinado ao tema “Acesso à Saúde de Qualidade e Promoção do Bem-estar”, realizado online nos dias 20 e 21 de Maio de 2021, com a duração de 13h.



Isabel Malheiro
Presidente do Congresso