



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

**ÁREAS CRÍTICAS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA
DOENÇA EM ADOLESCENTES: CONTRIBUTO PARA UMA INTERVENÇÃO
DE ENFERMAGEM**

António Paulo Nunes Simões

Coimbra, 2021



Escola Superior de Enfermagem de Coimbra

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

ÁREAS CRÍTICAS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA DOENÇA EM ADOLESCENTES: CONTRIBUTO PARA UMA INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

-Relatório de Estágio-

António Paulo Nunes Simões

Orientadora: Professora Doutora Dulce Maria Pereira Garcia Galvão

Relatório de Estágio de Natureza Profissional apresentado à Escola Superior de
Enfermagem de Coimbra para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem de
Saúde Infantil e Pediatria

Coimbra, 2021

*Com conhecimento adquirido, menos vaidade, mas humanidade. Guiar com conhecimento e
muito amor.*

António Paulo Nunes Simões

Aos meus benfeitores,

amigos e familiares

não tenho frases que descreve o quanto vales na minha vida!!!!!!

AGRADECIMENTOS

O culminar desta etapa, da minha formação com a elaboração deste relatório, transpõe momentos relevantes de aprendizagens conseguidas com o apoio de várias pessoas a quem quero manifestar a minha profunda e eterna gratidão:

À professora Doutora Dulce Maria Pereira Garcia Galvão, pelo seu rigor, na orientação, paciência, bondade, sensibilidade e também pelo incentivo, disponibilidade e partilha de sua sábia experiência;

À professora Doutora Manuela Frederico, que no seus olhos e gestos só pude encontrar bondade, caridade atenção e sobretudo um coração muito humano.

À professora Doutora Ananda, pelo incentivo, palavras positivas e pelo sorriso contagiante demonstrado em diferentes momentos nesta jornada. A sua sensibilidade deixou um marco importante na minha vida.

À professora catedrática, Margarida Ventura, por todo apoio e por apostar na minha formação mesmo em momentos muito difíceis da minha vida, quero profundamente manifestar minha gratidão.

Ao professor Doutor Luís Batalha, pela sua forma de ensinar com perícia, pedagogia e também sua sensibilidade, marcou a minha forma de ver o percurso desta caminhada de forma muito motivadora.

Ao professor Doutor Jorge Apóstolo, pela generosidade e conhecimento e sabedoria, pude ver em si uma pessoa humanista.

Ao professor Doutor Manuel Gameiro, por todo apoio durante o período de formação, pelo seu rigor e conhecimento, sempre disponível em ajudar, quero manifestar meu sentimento de gratidão por toda vida.

Ao Engenheiro Carlos Ribeiro; Dra. Paula Torres; a Dra. Clara Simões; a Congregação das Irmãs Hospitaleiras do Sagrado Coração de Jesus, em especial Ir. Sílvia Moreira, Provincial, Ir. Manuela, Ir. Maria Rosa, Ir. Isabel, Ir. Margarida, Ir. Sabina, Ir. Sameiro; Enf. Francisca Tavares, Enf. Leila Veiga; Enf. Cristina Almeida; Enf. Helena Pinheiro; Enf. Alina Raquel e a todos os meus colegas e amigos minha profunda gratidão.

À memória da minha Mãe, que soube transmitir valores que hoje são os que me acompanham, e em especial pela intuição de proteção recebida, e ao meu Pai pela força que sempre me deu em não desistir; a minha família, esposa, filhos, irmãos, sobrinhos por toda força e presença na minha caminhada, mesmo à distância.

ABREVIATURAS E SIGLAS

ARV-Antirretrovirais

CHUC - Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

CNAC- Conselho Nacional da Criança

CNLCS- Coordenação Nacional de Luta contra a SIDA

CNS -Conselho Nacional de Saúde

CPCJ- Comissão de Proteção de Crianças e Jovens

CUS- Cobertura Universal de Saúde

EE- Enfermeiro Especialista

EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria

EM- Entrevista Motivacional

GTVIHC- Grupo de Trabalho sobre Infecção VIH na Criança

HBSC- Health Behaviour in School-aged Children

HDP -Hospital de Dia Pediátrico

HPC- Hospital Pediátrico de Coimbra

IST's -Infecção Sexualmente Transmissível

MPS- Modelo de Promoção da Saúde

NHB -Necessidades Humanas Básicas

OE - Ordem dos Enfermeiros

OMS- Organização Mundial da Saúde

ONU- Organização das Nações Unidas

OPS-Organização Pan-Americana da Saúde

SIDA- Síndrome Da Imunodeficiência Adquirida

TAR- Terapêutica Antirretrovírica

UNESCO- Organização das Nações Unidas para a Educação, a Ciência e a Cultura

UNICEF- Fundo das Nações Unidas para as Crianças

USF - Unidade de Saúde Familiar

VIH - Vírus da Imunodeficiência Humana

RESUMO

A promoção da saúde da criança e do adolescente afigura-se como um elemento essencial da melhoria da saúde da população. As políticas e os programas de promoção da saúde nos mais novos, se bem construídos e implementados, representam escolhas inteligentes por parte dos governos, cujos resultados terão impacto a médio e longo prazo. Portugal apresenta muitas políticas públicas que visam melhorar a saúde das crianças. Entre estas políticas destacam-se os cuidados de saúde reprodutiva e o planeamento familiar, os cuidados obstétricos no intervalo pré-natal, a vacinação, e os cuidados de saúde infantil. São políticas implementadas sob a forma de programas de saúde desenvolvidos pela Direção-Geral da Saúde. Na realidade de Angola, Assistência específica para consulta de adolescentes no sentido de promover a saúde e prevenir a doença de forma regular é ainda um desafio para os serviços de saúde, sendo um país com uma taxa de natalidade alta e com muitos jovens. Tendo oportunidade de na fase final do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, no período de 12 de julho a 17 de dezembro de 2021, desenvolver um período de formação prática, que pressupõe a integração de uma componente de investigação científica, numa área que comprovadamente carece de investimento e tendo em conta a realidade angolana o Estágio com Relatório Final centrou-se nas áreas críticas da promoção da saúde e prevenção da doença em adolescentes: contributo para uma intervenção de enfermagem. Teve como objetivo geral Desenvolver competências na área de especialização de enfermagem de saúde infantil e pediátrica com especial enfoque na promoção da saúde e bem-estar do adolescente. O Estágio foi desenvolvido em dois locais com 192 horas, Consulta de infeciologia do Hospital Pediátrico de Coimbra e USF- Celas Saúde. A responsabilidade do EEESIP é grande e o seu campo de atuação alargado. Os diferentes campos de estágios foram ambientes ricos e reveladores de novas experiências e aprendizagens fundamentada numa atitude crítica e reflexiva, com base em evidência científica. Refletir criticamente sobre seu papel nesta temática implica pensar em filosofias de promoção para saúde e para vida.

Palavras-chaves: Adolescentes; Promoção da Saúde e Prevenção da Doença; Intervenção; Enfermagem

ABSTRACT

The promotion of health on children and teenagers appears as an essential element in improving the health of the general population. Newer health promotion policies and programs, if well-built and implemented, represent smart choices from the part of governments, the results of which will have an impact in a medium and long term. Portugal has many public policies aimed at improving children's health. These policies include reproductive health care and family planning, obstetric care in the prenatal tract, vaccination, and child health care. These are policies implemented in the form of health programs developed by the Directorate-General for Health. In the reality of Angola, specific assistance to follow teens to promote health and prevent the disease on a regular basis is still a challenge for health services, being a country with a high birth rate and with many young people. Having the opportunity to develop a period of practical training in the Master's Course in Child Health and Pediatric Health Nursing, from July 12 to December 17, 2021, to develop a period of practical training, which presupposes the integration of a scientific research component, in an area that is proven to lack investment and taking into account the Angolan reality, the Internship with Final Report focused on the critical areas of health promotion and prevention of disease in teenagers: contribution to a nursing intervention. The main objective was to develop competencies in specialization of child and pediatric health nursing with special focus on promoting the health and well-being of teens. The Internship was developed in two sites with 192 hours, Infection Consultation of the Pediatric Hospital of Coimbra, and USF- Celas Saúde. EEESIP's responsibility is great, and its field of action is extended. The different fields of internships were rich environments and revealing new experiences and learning based on a critical and reflective attitude, based on scientific evidence. Critically reflecting on its role in this theme implies thinking about philosophies of health and life promotion.

Keywords: Teenagers; Health Promotion and Disease Prevention; Intervention; Nursing

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	15
CAPÍTULO I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO.....	21
1- CONCEITO E CARACTERÍSTICAS DA ADOLESCÊNCIA	21
1.1 - OS HÁBITOS DE SAÚDE NA ADOLESCÊNCIA.....	25
1.2- SITUAÇÃO DE SAÚDE DOS ADOLESCENTES PORTUGUESES.....	33
1.3- SITUAÇÃO DE SAÚDE DOS ADOLESCENTES ANGOLANOS.....	37
1.4- PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ADOLESCÊNCIA.....	43
1.5- CONSULTA DE ENFERMAGEM.....	46
CAPÍTULO II- PERCURSO FORMATIVO	59
2- LOCAIS DE ESTÁGIO E MOMENTOS DE APREDIZAGEM	59
2.1- CONSULTA DE INFECIOLOGIA DO HOSPITAL PEDIÁTRICO DE COIMBRA.....	59
2.2- UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR-CELAS- SAÚDE	63
2.3- COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS	70
CAPÍTULO III- SÍNTESE REFLEXIVA	77
CONCLUSÃO	83
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	88

APÊNDICE

Apêndice 1- Projeto de Estágio

Apêndice 2- Plano de Sessão de Formação para Enfermeiros

Apêndice 3- Enquadramento teórico- “Revelação do Estado de HIV às Populações Pediátrica e Adolescente”

Apêndice 4- PowerPoint- Revelação do Estado de HIV às Populações Pediátrica e Adolescente

Apêndice 5- Plano de Sessão de Formação para Enfermeiros/ H.P.C

Apêndice 6- Enquadramento teórico- Sono e Insónia por atraso de fase

PowerPoint- Sono e Insónia por atraso de fase

Apêndice 7- PowerPoint- Sono e Insónia por atraso de fase

Apêndice 8- Enquadramento teórico- Alimentação

Enquadramento teórico- Alimentação

Apêndice 9- Fotos da Cozinha e Armazém de Alimentos do H.P.C

PowerPoint- Revelação do Estado de HIV às Populações Pediátrica e Adolescente

Apêndice 10- Plano de Sessão de Formação para Enfermeiros/USF-Celas Saúde

ANEXOS

Anexo 1- Folheto / Estilo de vida saudável

Anexo 2- Proposta de Diversificação Alimentar

INTRODUÇÃO

É apontado na literatura que hoje a evidência científica tem bem estabelecido que crianças com hábitos pouco saudáveis têm maior propensão em tornar-se adultos não saudáveis, que o estado de saúde dos indivíduos está estreitamente ligado ao seu estatuto socioeconómico na infância, e que as desigualdades e as iniquidades em saúde consomem enormemente os recursos dos sistemas de saúde (Conselho Nacional de Saúde, 2018). A promoção da saúde da criança e do adolescente afigura-se como um elemento essencial da melhoria da saúde da população. As políticas e os programas de promoção da saúde nos mais novos, se bem construídos e implementados, representam escolhas inteligentes por parte dos governos, cujos resultados terão impacto a médio e longo prazo. A saúde precisa de ser encarada de forma ampla, tal como a Organização Mundial da Saúde (OMS) a definiu há 70 anos. A Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consiste apenas na ausência de doença ou enfermidade. Esta definição contém limitações. É verdade que o investimento na prevenção da doença tem o potencial de diminuir gasto em saúde a longo prazo, tornando crianças saudáveis em adultos mais produtivos e com uma esperança de vida saudável mais longa. Mas essa visão, puramente focada na doença, não deve sobrepor-se à verdadeira essência da promoção da saúde: a tónica fundamental deve estar na promoção e capacitação dos cidadãos para orientarem a sua saúde, com base no seu direito a ter uma vida saudável (Conselho Nacional de Saúde, 2018).

Portugal apresenta muitas políticas públicas que visam melhorar a saúde das crianças nos primeiros anos de vida. Entre estas políticas destacam-se os cuidados de saúde reprodutiva e o planeamento familiar, os cuidados obstétricos no intervalo pré-natal, a vacinação, e os cuidados de saúde infantil. Na generalidade estas políticas são implementadas sob a forma de programas de saúde desenvolvidos pela Direção-Geral da Saúde. Um dos fatores que desempenha um papel essencial para a saúde e bem-estar das crianças é, sem dúvida, o acesso a cuidados de saúde de melhor qualidade, (Conselho Nacional de Saúde, 2018). O direito à saúde ou à proteção da saúde, reconhecido na Constituição da República Portuguesa, é um direito social e o Serviço Nacional de Saúde,

criado em 1979, constitui a execução desse dever do Estado. Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover. Como acontece relativamente a qualquer direito fundamental constitucionalmente acolhido, o Estado tem, face ao direito à proteção da saúde, um dever de reverenciar o acesso individual ao bem protegido, um dever de proteger (contra agressões ou ameaças de outros particulares ou de uma prestação deficiente dos respetivos cuidados de saúde) e um dever de promover condições otimizadas de acesso (melhorando as possibilidades existentes, criando, instituições e serviços, garantindo prestações que, por si próprios, os indivíduos não teriam condições de assegurar). A Constituição estabelece que o direito à proteção da saúde é realizado através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito, (Constituição da República Portuguesa, 2005).

Na realidade angolana as crianças e adolescentes encaram quotidianamente uma série de obstáculos ao seu desenvolvimento, que englobam tantos aspetos relacionados à proteção e à participação. Esses embaraços começam já com a dificuldade de acesso ao registo de nascimento. Em 2007, foi criado o Conselho Nacional da Criança (CNAC), órgão relacionado às políticas públicas de promoção e defesa dos direitos da criança. As áreas críticas dos direitos da criança no país, e por isso listadas como prioritárias pelo CNAC, foram: esperança de vida ao nascer; registo de nascimento; acesso à alimentação; educação, saúde ; ensino fundamental e formação profissional; justiça juvenil; prevenção e redução do impacto do HIV/AIDS nas famílias e nas crianças; prevenção e mitigação da violência contra a criança; proteção social; promoção de cultura e desporto; e inclusão da criança no Plano Nacional e no Orçamento Geral do Estado (Sacco, Ferreira, & Koller, 2016).

A adolescência é uma etapa fundamental do desenvolvimento humano, é uma fase de descobertas e construção de valores, na qual o jovem busca novas experiências e a afirmação de sua identidade. É o momento em que interroga seus valores e seus sonhos, tornando-se importante afastar-se da família, ter autonomia e estar perto de seus pares, de seus amigos, com quem compartilha suas descobertas e medos. Quer ter novas sensações, testar seus limites, saber até onde pode ir. Os adolescentes são normalmente identificados como a “próxima geração” de adultos, a “futura geração”, ou simplesmente “o futuro.” No entanto, os adolescentes estão firmemente integrados ao presente – vivendo,

trabalhando, dando a sua contribuição nas famílias, comunidades, sociedades e economias. No mundo existem 1,2 biliões de adolescentes, (Silva et al., 2011). Em Portugal, as questões específicas da saúde dos adolescentes começaram a ser abordadas no final dos anos 70 (Programa Nacional de Saúde dos Jovens 2006/2010). A educação, a prevenção, a proteção e a desejável obtenção de ganhos em saúde constituem recursos necessários para o desenvolvimento saudável da população juvenil. População juvenil é definida pelo conjunto de indivíduos com idade compreendida entre os 10 e os 24 anos sendo que a OMS atribui a denominação de adolescente aos que têm entre 10 e 19 e de jovem aos que têm entre 15 e 24 anos (DGS, 2006). Embora não exista uma definição de adolescência aceite internacionalmente, a Organização das Nações Unidas define adolescentes como indivíduos de 10 aos 19 anos de idade. Supostamente, são um grupo saudável, pelo que recorrem pouco aos cuidados de saúde e quando recorrem às unidades prestadoras de cuidados limitam-se ao serviço de urgência pela celeridade, anonimato, privacidade e ausência de burocracias que lhes é fornecido/garantido. “Aos olhos” da população jovem os serviços de saúde apresentam-se como desajustados, devido à ausência de recursos físicos e humanos apropriados, de formação, de sensibilidade, de disponibilidade, cria-se uma separação considerável entre os serviços e os jovens (Silva et al., 2011).

O estudo HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL – AGED CHILDREN (HBSC) realizado em cooperação com a OMS, que contou com a participação de 44 países e que Portugal desenvolveu em 1998, 2002, 2006, 2010, 2014 e 2018, onde se analisaram os estilos de vida dos adolescentes em idade escolar nos seus contextos de vida, nas áreas: apoio familiar, escola, saúde, bem-estar, sono, sexualidade, alimentação, lazer, sedentarismo, consumo de substâncias, violência e migrações mostrou ser urgente um reinvestimento na educação e na saúde. Concretamente em termos de saúde, verificou que os comportamentos de dependência continuam, aumentou o risco das questões relacionadas com o VIH e outras IST's e gravidez não planeada, que a alimentação continua “não boa” e sem grandes esperanças de melhoria, que a atividade física continua sem garantias de variedade, medidas de conforto, segurança e higiene. Também a nível do sono verificou falta de quantidade e qualidade agravadas com o uso problemático de ecrãs. Outros problemas evidenciados foram as lesões, nomeadamente em meio escolar, e a saúde mental com os jovens a apresentarem sintomas de mal-estar, tristeza extrema,

desregulação emocional, preocupações intensas e invasivas. Também em termos de comportamentos protetores da saúde como consumo diário de água, controlo de sal na alimentação e proteção na exposição ao sol, não se mostraram habituais nos adolescentes em idade escolar. Com estas variabilidades no comportamento, mostra o quanto é importante o papel do enfermeiro na linha da frente através das escolas onde os adolescentes passam maior parte do seu tempo e nos centros de saúde onde têm a possibilidade através das consultas de poderem ser apoiados na promoção da saúde e prevenção da doença. Assim, o enfermeiro de saúde infantil tem uma maior responsabilidade na orientação de escolhas saudáveis, tendo sempre em atenção os bons hábitos para uma saúde melhor e bem-estar do adolescente (Matos et al., 2015). Progresso hoje da enfermagem convida o profissional a ter uma atenção maior através do modelo centrado na criança e sua família. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), este utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados. A especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica detém o seu espaço de intervenção em torno de uma fase crucial do ciclo vital, a qual compreende o período que medeia do nascimento até aos 18 anos de idade. Em casos especiais, como a doença crónica, a incapacidade e a deficiência, pode ir além dos 18 anos e mesmo até aos 21 anos ou 25 anos, até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso. O EEESIP trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa. A performance como especialista traduz -se na prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, procurando responder globalmente ao “mundo” da criança, bem como trabalhar no sentido de remover barreiras e incorporar instrumentos de custo efetivo e gestão da segurança do cliente. São áreas de atuação particular a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança; a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de risco, suicídio, violência e

gravidez; a promoção da autoestima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde, (OE, 2018).

A elaboração deste relatório surge no âmbito da Unidade Curricular Estágio com Relatório, inserida no Plano de Estudos do XII Curso Pós-Licenciatura em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria/IX Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, com propósito de analisar reflexivamente e demonstrar as competências científicas, técnicas e humanas de cuidados de enfermagem especializados à criança/ jovem e sua família, desenvolvidas ao longo do percurso de estágio, para a obtenção do grau de Mestre em enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Este documento tem por base o projeto de estágio elaborado na Unidade Curricular Investigação/ Desenvolvimento em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, com a temática “Áreas Críticas da Promoção da Saúde e Prevenção da Doença em Adolescentes: Contributo para uma Intervenção de Enfermagem” (Apêndice 1). Assim este documento consiste no relatório do estágio com relatório do estágio final, que decorreu de 12 de julho a 17 de dezembro de 2021, em que a componente prática realizada de 6 de setembro a 31 de outubro, foi desenvolvida nos contextos de Consulta de infeciologia do Hospital Pediátrico de Coimbra e Centro de Saúde de Celas na USF – Celas Saúde na consulta do Adolescente.

O presente relatório tem como objetivos, dar a conhecer as oportunidades de aprendizagem vivenciadas nos estágios; atividades desenvolvidas; competências pessoais e profissionais adquiridas e desenvolvidas; a mobilização de conhecimentos teóricos que as situações práticas exigiram e refletir sobre os momentos de aprendizagem.

A metodologia utilizada para a sua elaboração foi descritiva e reflexiva. Durante este período de formação houve necessidade constante de aprofundamento, atualização e aquisição de conhecimentos, pelo que a pesquisa científica em bases de dados e os momentos de reflexão com os elementos da equipa de enfermagem foram contínuos. Para compreensão optou-se por o dividir em capítulos. Onde se pretende dar resposta aos objetivos. Assim no primeiro capítulo faz-se o Enquadramento Teórico, I-Aprofundar conhecimentos sobre adolescência e o II-Aprofundar conhecimentos nas áreas que carecem de intervenção especializada junto do adolescente em matéria da promoção da sua saúde e bem-estar (Comportamentos protetores da saúde, VIH e outras IST's e a gravidez não planeada, alimentação, atividade física, quantidade e qualidade do sono, lesões, saúde mental, comportamentos de dependência. No segundo encontra-se o

Percurso Formativo, procurando se responder aos objetivos III-Prestar cuidados de enfermagem especializados ao adolescente em resposta às necessidades de promoção de saúde e bem-estar nas áreas Comportamentos protetores da saúde, VIH e outras IST's e gravidez não planeada, alimentação, atividade física, quantidade e qualidade do sono, lesões, saúde mental, comportamentos de dependência IV-Promover ações de formação dirigidas à equipa de enfermagem cuja temática passe pela promoção da saúde do adolescente V-Refletir sobre o papel do EEESIP nos distintos locais de estágio na promoção da saúde do adolescente e por fim no terceiro capítulo, encontra-se a síntese reflexiva.

CAPÍTULO I- ENQUADRAMENTO TEÓRICO

É apresentado o enquadramento teórico sobre adolescência, onde procuro confrontar alguns aspetos do adolescente português e do adolescente angolano. Aprofundar conhecimentos sobre adolescência.

Aprofundar conhecimentos nas áreas que carecem de intervenção especializada junto do adolescente em matéria da promoção da sua saúde e bem-estar (Comportamentos protetores da saúde, VIH e outras IST's e gravidez não planeada, alimentação, atividade física, quantidade e qualidade do sono, lesões, saúde mental, comportamentos de dependência).

1- CONCEITO E CARACTERÍSTICAS DA ADOLESCÊNCIA

A sociedade, nem sempre reconheceu a adolescência e as suas características particulares. A infância só foi legitimada no século XIX e a adolescência no século XX, nomeadamente na segunda metade. G. Stanley Hall (1844-1924) olhou a adolescência como uma fase típica do desenvolvimento humano, chegando mesmo a designar como um segundo nascimento. Antes da revolução industrial, as crianças deixavam logo o seu regime e adquiriam, quase de imediato, o de adulto. O processo de industrialização ocorrido nas sociedades ocidentais fez nascer o estatuto da adolescência, tendo ocorrido vários fenómenos: o estatuto de adulto e a integração no mercado de trabalho faz-se cada vez mais tarde, há um acréscimo da escolaridade, as famílias constituem-se mais tarde e há uma maior facilidade em aceder a práticas e a consumos que eram circunscritos aos adultos (Prazeres, 1998). A adolescência termina por ser reconhecida não apenas como um simples período de transição, mas como um mecanismo dinâmico em que as funções e o comportamento se tornam mais complexos (Prazeres, 1998).

Segundo Meleis (2010), o adolescente vive um processo de transição entre a infância e a idade adulta e entre a dependência dos pais e a gradual autonomia. Esta autora defende que as transições pedem que a pessoa obtenha um novo conhecimento, mude comportamentos e que altere o conceito que tem dela própria num determinado contexto

social. A transição deve ser considerada como um processo adaptativo positivo e modificador, que permite que as pessoas atinjam maior firmeza e tenham uma oportunidade de crescimento e de desenvolvimento (Meleis, 2010).

A nível psicológico, durante a adolescência, surge o pensamento abstrato, a capacidade de se lançar no futuro, de progressivamente obter autodomínio, a redefinição da imagem corporal, o desejo sexual, um sistema de valores e um procedimento ético (Prazeres, 1998). Freud refere que a fase genital ocorre na adolescência, havendo um investimento, caracterizado pelo impulso sexual, em relações exteriores à família. De facto, socialmente surgem influências marcadas dos grupos de pares e de outros adultos fora da família (Prazeres, 1998). Já Eriksson afirma que na adolescência há uma indagação de reforçar a sua segurança e autoestima fora do contexto familiar, daí a necessidade de se sentir integrado num grupo (Hockenberry & Wilson, 2014). A fundamental crise do desenvolvimento na adolescência é estabelecer um senso de identidade. Iniciam a ver-se como indivíduos distintos, de certa forma únicos e singulares e separados de todos os outros indivíduos. consideram essencial pertencer a um grupo. Pertencer a um grupo ajuda os adolescentes a estabelecer as diferenças entre si mesmos e os seus pais. Vestem-se de acordo com o grupo e usam maquiagem e penteados de acordo com especificações do grupo, todos distintos dos critérios da geração dos pais. A linguagem, a música e a dança refletem uma cultura que é própria dos adolescentes. A procura da identidade pessoal faz parte do processo de identificação contínuo. À medida que os adolescentes instituem a identidade dentro de um grupo, também tentam incorporar as múltiplas mudanças corporais. A consciência corporal faz parte da autoconsciência. A adolescência é o momento para consolidar a identidade de género.

Para Piaget, a adolescência é caracterizada pelo estágio das operações formais, surge o pensamento abstrato e a perícia de pensar a longo prazo obtém o controlo das emoções. A adolescência subdivide-se em três fases: a adolescência inicial (11 aos 14 anos), a adolescência intermédia (15 aos 17 anos) e a adolescência tardia (18 aos 20 anos). O tempo em que na adolescência inicial surgem as mudanças pubertárias e as reações a essas alterações, na adolescência intermédia há uma grande imposição para imitar o comportamento dos pares e um grande interesse por música, tecnologia, roupa e aparência, linguagem e comportamento e na adolescência tardia assumem-se os papéis de uma vida adulta (Hockenberry & Wilson, 2014). O desenvolvimento cognitivo inclui o

pensamento abstrato, pensar além do presente, raciocínio lógico e um senso de idealismo. Conseguem imaginar uma sequência de eventos que poderiam ocorrer, como a faculdade e as possibilidades ocupacionais, como as coisas podem mudar no futuro (relações com os pais, consequências das suas ações, deixar a escola). Começam a considerar tanto as suas próprias ideias quanto as dos outros. Imaginam a opinião que os outros têm deles e são capazes de imaginar os pensamentos dos outros. O desenvolvimento da imagem corporal está fortemente ligado a mudanças corporais e interações sociais.

De acordo com Hockenberry e Wilson (2014), a adolescência é considerada um processo fundamentalmente biológico, durante o qual existe um desenvolvimento cognitivo e a construção da personalidade. Define adolescentes como os indivíduos inseridos na faixa etária dos 10-19 anos de idade. A idade entende-se um meio favorável de definir adolescência, no entanto mostra apenas uma característica ligada a um período de desenvolvimento que comporta mudanças físicas e biológicas, motivadas pelo meio sociocultural em que se integra. Nesta sequência importa realçar que a fase do ciclo de vida adolescência é “um período da vida em que o jovem tem vontade e necessidade forçosa de assumir as decisões de se tornar independente e de não ser tratado como criança. A adolescência é uma etapa fundamental do desenvolvimento humano.

A adolescência é considerada o início do surgimento progressivo de características sexuais secundárias (11 - 12 anos) e termina com a conclusão do crescimento corporal (18 a 20 anos). O desenvolvimento biológico durante a puberdade é caracterizado pela maior atividade da glândula pituitária, resultando no amadurecimento sexual e no surgimento de características sexuais secundárias. As necessidades nutricionais, particularmente de cálcio, zinco e ferro, podem não ser atendidas pelos hábitos alimentares dos adolescentes, já que começam a fazer opções de alimentos independentes (Hockenberry & Wilson, 2014).

•Relacionamento com os Pais

As relações com os seus pais podem ser tensas. As relações pais-filhos mudam de proteção-dependência para afeição e igualdade mútuas. O processo de alcançar a independência muitas vezes cinge rebelião e confusão. Tanto os pais quanto os adolescentes conhecem e aprendem novos papéis. Agora têm privilégios antes negados e têm cada vez mais comprometimentos. Por causa da sua imprevisibilidade e insegurança

em avaliar situações e julgá-las racionalmente, têm de se adequar com regras e restrições estabelecidas pelos adultos. Reagem ao controle dos pais e podem levantar-se conflitos.

- Relacionamento com os Pares

Os amigos assumem um papel importante. A influência dos amigos aumenta e as relações intrínsecas assumem relevância. O grupo de amigos serve como forte apoio individual e coletivamente, dando-lhes sentimentos de pertença, força e poder. O grupo de amigos forma o mundo transicional entre dependência e autonomia. Os adolescentes geralmente são sociáveis, societários e voltados para o grupo. O grupo de amigos tem grande influência na sua apreciação e comportamento. Para ser aceite pelo grupo, despertam conformar-se plenamente ao modo de vestir, pentear, gostos musicais e vocabulário.

- Melhores Amigos

As amizades no estilo individual, ou um a um, vulgarmente desenvolvem-se entre adolescentes do mesmo sexo. Este tipo de relacionamento é relevante na busca da personalidade. Um melhor amigo é o melhor observador para o adolescente testar possíveis papéis e identidades.

- Interesses e Atividades

Apresentam grande diversidade de interesses. As suas maiores aptidões cognitivas e físicas possibilitam que se envolvam em atividades cada vez mais complexas e difíceis. Passam muito tempo envolvidos em atividades de lazer em contexto do grupo de amigos. As atividades de lazer ajudam a desenvolver habilidades sociais, físicas, cognitivas, a aprender e a estabelecer prioridades e a compor o tempo.

- Os mídia e a tecnologia avançada

O papel dos mídia e da tecnologia avançada nunca foi tão relevante como é agora nas vidas dos adolescentes. Entretanto, o ambiente on-line quanto os textuais podem criar oportunidades para o cyberbullying. Perigo de partilha de informações pessoais com predadores sexuais e de envolvimento em sexting.

- Sexualidade na adolescência

Momento crítico no desenvolvimento da sexualidade. Mudanças hormonais, físicas, cognitivas e sociais têm uma implicação no desenvolvimento sexual do adolescente. Os adolescentes têm de lidar com desenvolvimento das mamas e da genitália, menstruação e

ejaculação que têm um impacto profundo na sua imagem corporal. A atividade sexual torna-se mais comum durante a adolescência intermediária. A orientação sexual é um aspeto essencial da identidade sexual.

- Desenvolvimento do autoconceito e da imagem corporal

Sentimentos de confusão devido ao crescimento repentino que ocorre no início da adolescência. Perdem a segurança de um corpo familiar e sentem-se desconfortáveis no seu corpo transformado. Podem tentar esconder o corpo ou chamar à atenção. Estão continuamente a compararem-se uns aos outros e fazem julgamentos a respeito da sua própria normalidade com base nessas observações. Os pubescentes sentem-se mais confortáveis quando são precisamente iguais aos amigos e pares da mesma idade. Imperfeições ou desvios percebidos em relação à média do grupo são ameaçadores à sua imagem idealizada.

- Emotividade

Vacilam nos seus estados emocionais entre uma maturidade considerável e comportamentos infantis. Num minuto, estão animados e entusiasmados; no minuto seguinte, mostram-se deprimidos e isolados. Imprevisíveis, mas basicamente normais, as oscilações de humor são comuns (HBSC, 2018).

1.1 - OS HÁBITOS DE SAÚDE NA ADOLESCÊNCIA

Segundo Prazeres (1998), de um modo geral, os adolescentes são considerados saudáveis uma vez que já ultrapassaram as doenças graves da infância e os problemas referentes com o envelhecimento ainda estão distantes. Apesar disto, durante esta fase, verificam-se comportamentos e estabelecem-se hábitos suscetíveis de comprometer quer a saúde atual, quer a saúde futura. Parte considerável da mortalidade na idade adulta tem a sua origem na segunda década de vida (Prazeres, 1998). Os hábitos de vida fundados durante a adolescência vão condicionar a saúde do jovem quer no presente, quer no futuro. Torna-se assim essencial a Promoção da Saúde nesta fase, já que terá implicações num período acrescido. Gaspar (2006), considera que nas sociedades mais desenvolvidas, a promoção e a educação para a saúde tem como propósito incentivar os indivíduos a adotar estilos de vida saudáveis desde tenra idade com o objetivo de se alcançar uma melhor qualidade de

vida. Para este processo de Promoção da Saúde, é fundamental que se conheçam os hábitos de vida dos indivíduos, para adaptar ao máximo as intervenções.

A alimentação é uma necessidade humana primária e, portanto, intrínseca à vida. Esta permite fornecer energia, construir e reparar estruturas orgânicas e regular os processos de funcionamento do nosso organismo, para além de constituir um instrumento de socialização e de expressão cultural (DGS, 2006). Com efeito, este processo é necessário em todos os indivíduos e nas diferentes fases da vida, no entanto, e tendo em conta que colabora para a construção de estruturas orgânicas, assume um papel mais significativo na infância e na adolescência. Uma alimentação saudável e estável é um fator determinante para ganhos em saúde. Ao prevenir desde tenra idade erros alimentares, evitam-se doenças e custos para a população (Baptista, 2006). Uma alimentação saudável reflete-se no corpo e na saúde do indivíduo. A DGS define alimentação saudável como *“uma forma racional de comer que assegura a variedade, equilíbrio e quantidade justa de alimentos, escolhidos pela sua qualidade nutricional e higiénicas, submetidos a benéficas manipulações culinárias”* (DGS, 2006, p.4). A alimentação, para que possa ser considerada saudável, deve ser racional e preparada ou cozinhada de forma adequada, o que nem sempre se averigua nos dias de hoje devido ao atual estilo de vida. Os hábitos alimentares dos adolescentes são motivados por fatores biológicos e psicológicos, fatores sociais, ambiente físico e sociedade. É de evidenciar que os jovens pertencentes a famílias de níveis socioeconómicos desfavorecidos têm, normalmente, uma alimentação menos saudável. É importante que os jovens consigam comer bem e que se sintam motivados para a prática de uma alimentação saudável (DGS, 2006).

A Roda dos Alimentos é uma orientação muito proveitosa que nos ajuda a cumprir uma alimentação salutar. Esta é composta por sete grupos, cada um dos quais com um tamanho diferente. É essencial comer diariamente alimentos de cada um dos grupos, comer maior quantidade dos alimentos referentes aos grupos de maior proporção e menor quantidade dos que se encontram nos grupos de menor proporção e por fim comer alimentos diferentes dentro de cada grupo diferenciando. Os adolescentes passam grande parte do tempo na escola e, pois, é lá que efetuam várias das suas refeições diárias. Assim, as escolas, enquanto espaços educativos e promotores da saúde devem criar situações valorizadores de uma alimentação saudável quer através de conteúdos curriculares quer através da sua oferta alimentar (Baptista, 2006). Ou seja, não é suficiente ensinar as regras

da alimentação saudável aos alunos, é também necessário usufruir de meios para que os alunos se acatem durante a permanência no estabelecimento de ensino. As cantinas devem também favorecer refeições saudáveis, atraentes e equilibradas (Baptista, 2006).

A atividade física é algum movimento do corpo produzido pelos músculos esqueléticos e que instiga um aumento do gasto de energia. Esta pode ser caracterizada por quatro dimensões: o tipo de prática, a duração, a frequência e a intensidade (Matos et al., 2015). Podemos assim incluir na atividade física atividades como o desporto ou outras comuns do quotidiano que promovam um aumento do gasto de energia e que façam com que os músculos se exercitem, (DGS, 2007) a atividade física e os desportos saudáveis são fundamentais para a nossa saúde e o nosso bem-estar e integram um forte meio de prevenção de doenças, a necessidade incentivar a prática de exercícios físicos. Uma vida saudável alcança-se através de uma alimentação saudável e da prática de atividade física. A prática de atividade física concorre para a decrescimento do risco de aterosclerose; para um melhor controlo de doenças como a obesidade, a Hipertensão Arterial, a diabetes *mellitus*, a osteoporose, as dislipidemias e a asma; para uma redução do risco de alguns tipos de cancro e uma melhoria na auto-estima e no bem-estar do indivíduo. Realmente, as vantagens da atividade física são vários e representam em diferentes níveis e particularidades. Devido ao estilo de vida atual e aos empregos sedentários a atividade física tornou-se diminuta. É essencial que esta seja estimulada e promovida para que a saúde das populações seja protegida. A DGS (2007), aconselha que as crianças e os adolescentes pratiquem cerca de 20 minutos adicionais de atividade física vigorosa, 3 vezes por semana, sendo que o controlo de peso requer pelo menos 60 minutos diários de atividade física rigorosa a moderada.

De acordo com a DGS (2005), a Saúde Oral constitui um elemento muito relevante da saúde geral do indivíduo, em especial das crianças e dos adolescentes; as doenças orais constituem um dos principais problemas de saúde da população infantil e juvenil, dada a sua alta predominância. No entanto, quando precavido e, mas cedo tratadas, quer a cárie quer as doenças periodontais são de grande vulnerabilidade, com reduzidos custos económicos e relevantes ganhos em saúde. Assim, é importante continuar a investir na prevenção e na educação, especialmente entre as camadas mais jovens da população para que não desenvolvam a doença ou para que este desenvolvimento seja menos revelador e para que se concebam bons hábitos de higiene oral que irão perdurar por toda a vida.

(DGS, 2005). A cárie dentária é definida como “*Processo patológico, infeccioso, pós-eruptivo e de origem externa que se caracteriza pelo amolecimento da estrutura dura do dente, evoluindo, naturalmente, para cavidade. Mais frequente nas crianças que têm refluxo, consomem medicamentos açucarados, fazem dietas especiais e têm higiene oral deficiente*” (DGS, 2002, p.28). Este processo crescer devido à presença de bactérias produtoras de ácido que estão presentes na cavidade oral. Segundo Reis et al., (2003), qualquer bactéria é apta de transformar açúcar em ácido, no entanto os *Streptococcus mutans* e os *Lactobacillus* são especificamente eficazes devido à sua capacidade de viverem e de se multiplicarem no meio ácido que originam. O incremento destas mesmas bactérias na cavidade oral pode estar relacionado com uma dieta inadequada, uma baixa taxa de secreção salivar, uma diminuída capacidade de tamponamento salivar, o pH, a presença de glicose na saliva e uma cárie em atividade. Para promover a Saúde Oral é necessário que o indivíduo tenha cuidados diários, especialmente a escovagem dos dentes e o uso de fio dentário. Segundo a DGS (2005), a escovagem para ser eficaz deve ser possante e demorar 2 a 3 minutos e ser realizada com uma técnica apropriada que leve à eliminação da placa bacteriana. O fio dentário, por sua vez, deve ser utilizado uma vez por dia, preferivelmente à noite, antes de deitar. Em referência ao uso de suplementos sistêmicos de fluoretos durante a infância e juventude, estes não estão recomendados, podendo-se fazer excecionalmente em crianças com alto risco de cárie dentária (DGS, 2005). Estes cuidados, de alta relevância, devem ser complementados com uma alimentação saudável e pouco cariogénica. A DGS (2002), refere que os alimentos sólidos e aderentes aos dentes são os mais cariogénicos, que o efeito cariogénico dos alimentos é maior se estes forem ingeridos nos intervalos das refeições e que uma boa dieta deve incluir a ingestão de alimentos naturais, fruta, legumes, cereais e alimentos fibrosos. Veiculando estes cuidados a uma boa vigilância com consultas de higiene oral ou medicina dentária consegue-se uma boa prevenção da cárie e de outras doenças periodontais. Para que os profissionais de saúde implementem medidas preventivas e interventivas precisam de um conhecimento atual e adequado da realidade.

O sono integra uma das Necessidades Humanas Básicas (NHB) do corpo que nem sempre é alvo da devida atenção, sobretudo durante a adolescência, Hockenberry define o sono como a função de proteção em todos os organismos, possibilita o reparo e a recuperação dos tecidos após a atividade (Hockenberry & Wilson, 2014). É durante o sono que o

organismo recupera e que se prepara para novas atividades. Segundo National Sleep Foundation (2000), o sono é o alimento do cérebro, já que é durante esta fase que acontecem importantes funções corporais e atividade cerebral. Como em todas as NHB, cada indivíduo tem a sua necessidade, ou seja, o número de horas diárias de sono varia de pessoa para pessoa e relaciona-se com a idade. A satisfação da necessidade do sono tem consequências no bem-estar e na saúde geral do adolescente. Segundo a National Sleep Foundation (2000) muitos dos adolescentes têm um ritmo irregular de sono durante a semana, havendo uma diferença marcante entre os dias úteis e os fins-de-semana. É comum que a hora de deitar e de acordar durante o fim-de-semana se estenda e que o número total de horas de sono seja maior ao fim-de-semana. É importante que o adolescente tenha determinados cuidados de forma a ter uma boa higiene do sono. É importante deitar e levantar a horas regulares, fazer exercício físico, fazer refeições leves ao jantar e não ingerir álcool ou café antes de deitar. Quando não há um bom padrão de sono o organismo ressent-se de maneira geral. Os efeitos da falta de sono o aumento da probabilidade de vir a desenvolver uma doença infecciosa e alterações nos processos de desenvolvimento psicossocial, físico e nas capacidades neuro cognitivas National Sleep Foundation (2000). adiciona ainda como consequência o aumento do apetite, a hipótese de comportamentos de carácter agressivo e uma maior tendência a problemas de pele como a acne. Assim, um bom paradigma de sono é essencial na prevenção ou no tratamento da obesidade. refere que os indivíduos que não dormem o suficiente são mais tendentes a ter um maior apetite devido aos seus níveis de leptina (hormona reguladora do apetite) (National Sleep Foundation, 2000). Podemos ainda acrescentar a este triângulo a atividade física, que se assume como promotora do sono e como agente preventivo ou como tratamento da obesidade (National Sleep Foundation, 2000).

Segurança e Prevenção de Acidentes nos jovens é muito importante já que possibilita evitar a ocorrência de muitos acidentes, alguns dos quais com finais fatais ou efeitos consideráveis na funcionalidade e na saúde geral. Apesar da mortalidade entre os jovens ser baixa, é relevante estudar a questão dados os anos de vida perdidos e o facto de serem mortes evitáveis. A maioria dos acidentes que provocam incapacidade ou morte são evitáveis pelo que deve haver por parte dos profissionais uma atuação que diminua o seu acontecimento.

Estas são a causa de muitas mortes e incapacidades no mundo pelo que devem ser alvo de atenção por parte dos diferentes países e organizações. A DGS (2008), refere que os acidentes criam um grande número de situações de deficiência e perda de funcionalidade entre os jovens cujos custos são difíceis de calcular. As consequências e os custos são de carácter económico e psicossocial abalando não apenas as vítimas, mas também as suas famílias. É assim relevante educar para a saúde para que se promovam comportamentos preventivos e protetores da saúde por parte da população. Este processo deve ser realizado por profissionais com conhecimentos sobre o corpo humano e a sua segurança e pedagogia; sendo que os enfermeiros encaixam na perfeição. Segundo o Centro de Investigação em Educação e Psicologia (2008), o enfermeiro tem um papel essencial no alcance dos objetivos aludidos ao educar para a saúde no âmbito da promoção da segurança intervindo na satisfação de uma das necessidades básicas da criança e da sua família. O processo de educar para a saúde deve ser dirigido às crianças e aos jovens e também aos adultos que compartilham geralmente com eles, nomeadamente pais, educadores, professores e vigilantes. É importante capacitar e autonomizar os indivíduos para que estes tomem comportamentos adequados e favoráveis à sua saúde. O enfermeiro é um educador e um agente transformador, estando apto para realizar programas educacionais que envolvam pais e crianças no que diz respeito à prevenção de acidentes.

O consumo de substâncias (álcool, tabaco e drogas) é comum nos diferentes grupos socioeconómicos e em distintas faixas etárias, no entanto, durante a adolescência estes contornos particulares. Segundo Nunes (2004), a adolescência é uma etapa especificamente frágil no que diz respeito ao consumo de substâncias uma vez que é um altura de socialização onde o jovem adquire hábitos e atitudes, muitas vezes copiando de paradigmas que repara. Durante esta fase, há uma necessidade marcada de estabelecer autonomia e identidade assim como de apresentar maturidade.

Nunes (2004), indica que o meio ambiente, a cultura, a família, os pares, a necessidade de testar novas sensações e a própria saúde mental do adolescente. As drogas constituem um problema individual, familiar e social devido aos seus efeitos. Gonçalves (2008), fortalecem esta ideia e referem que as drogas lícitas (álcool e tabaco) e as ilícitas formam um grave problema e que põem em risco as sociedades e a democracia uma vez que levam as pessoas a um estado de dependência física e psicológica, com graves repercussões a nível ecossistémico. O consumo de drogas coloca também em causa a saúde mental do

adolescente, a grande maioria dos adolescentes reconhece-se feliz sente-se inquieto todos os dias, várias vezes por dia. Este consumo responsabiliza a adoção de estratégias saudáveis para lidar com a ansiedade, a angústia e convergência destes sentimentos para algo construtivo e criativo. A perturbação de saúde mental está implícita ao abuso de substâncias. É assim importante prevenir o abuso de substâncias através de ações preventivas e neste contexto é fundamental o apoio do enfermeiro na consulta do adolescente e sua família. Um excelente local para a concretização deste tipo de ações é a escola ou as instituições de ensino, uma vez que é nestes locais que os adolescentes passam grande parte do seu tempo. Gonçalves, et al., (2008), referenciam que no domínio da prevenção dos consumos a OMS, a ONU e a UNESCO e ainda outros organismos internacionais consideraram a escola como um dos pilares básicos na prevenção. Assim, torna-se essencial a implementação de estratégias relacionadas com a afastamento, a penalização e a regulamentação das condições e dos padrões de uso em contextos sociais específicos e mudança do clima social através da limitação da publicidade e promoção das substâncias, bem como através da informação, prevenção e educação para a saúde provida à população. Em todo este processo, os pais adotam um papel de grande relevância. Nunes (2004) refere que os fatores individuais que levam a este consumo são as emoções e os sentimentos associados a um intenso sofrimento psíquico, como depressão, culpa, ansiedade excessiva ou baixa auto-estima. Estes autores acrescentam ainda aspetos culturais e psicossociais como as leis, a disponibilidade de substâncias, as normas sociais e as privações económicas.

Quanto a Saúde Sexual e Reprodutiva, a Sexualidade na Adolescência revela-se um assunto atual e de grande importância, uma vez que os adolescentes são um grupo prioritário na educação sexual, saúde e adoção de estilos de vida saudáveis. Os profissionais de saúde desempenham um papel fundamental relativamente à promoção para uma sexualidade responsável, devendo conhecer todas as alterações vividas e sentidas na fase da adolescência para melhor compreender o adolescente. A educação para a saúde relacionada com a sexualidade deveria ser uma temática abordada de forma sistemática, com o intuito de acompanhar a evolução e alterações de pensamentos que acompanham os adolescentes e a sociedade, tendo em conta que avaliar a capacitação desta população para a sexualidade só será possível a longo prazo.

A saúde sexual pode ser relatada nos adolescentes como a integração positiva dos aspetos físicos, emocionais, intelectuais e sociais da sexualidade, sendo que neste período, o desenvolvimento da sexualidade circunda alterações físicas associadas à puberdade, alterações psicológicas e acontecimentos interpessoais. A saúde sexual é logo abrangente e peculiar dada a complexidade desta fase na vida do indivíduo. A OMS define saúde reprodutiva como o *“estado de bem-estar físico, mental e social, e não apenas a ausência de doença ou enfermidade, em todos os aspetos relacionados com o sistema reprodutivo, suas funções e processos”* (OMS, 1994, p.10). Para que a saúde reprodutiva seja protegida e promovida, é importante que os indivíduos, em particular os adolescentes, sejam alvo de educação sexual. De acordo com a DGS (2008), esta orientará ao controlo da fertilidade e à prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), com consequências positivas na sexualidade, gravidez, infertilidade, vigilância pré-concepcional e pré-natal, segurança no parto, qualidade e sobrevivência das crianças. A educação sexual pode contribuir para: Uma aceitação positiva e confortável do corpo sexuado, do prazer e da afetividade; uma atitude não sexista; uma atitude não discriminatória face às diferentes expressões sexuais e uma atitude preventiva face à doença e promotora do bem-estar e da saúde. Tendo em conta que a adolescência é uma fase de desenvolvimento intelectual na qual se instituem hábitos e comportamentos com inclinação a se repetirem ao longo da vida. Quanto HIV/SIDA, É essencial que as escolas aumentem cada vez mais e que abranjam mais conhecimentos sobre HIV/SIDA, sexualidade de modo a se promoverem técnicas de abordagem ainda mais adequadas. Germano et al., (2001). A educação para a sexualidade, desenvolvida de forma individual ou em grupo, pode ajudar para que os adolescentes vivam a sexualidade e as suas relações afetivas de forma satisfatória, criativa e sem receios, ligados no respeito mútuo e sem discriminações de género (Almeida, 2003).

Poucos estudos são feitos para avaliar os hábitos dos adolescentes em Angola no sentido de uma apreciação profunda para se poder analisar qual o caminho a seguir para promoção da saúde do adolescente. Em relação aos dados da Europa em particular Portugal são essenciais para permitir uma atenção especial nos vários comportamentos de risco do adolescente e jovem.

1.2- SITUAÇÃO DE SAÚDE DOS ADOLESCENTES PORTUGUESES

Os adolescentes portugueses são, genericamente, saudáveis. Porém, a situação é alarmante relativamente a problemas de saúde referentes com comportamentos de risco: modificações do comportamento alimentar, consumos de substâncias, infeções sexualmente transmissíveis, parentalidade precoce e comportamentos suicidários - embora o número de suicídios tenha estabilizado em relação a anos anteriores (Ramos, 2016). Promovido em 2012, o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável é um dos onze programas preferências aprovados pela Direção-Geral de Saúde e tem como finalidade melhorar o estado nutricional da população, impulsionar a disponibilidade física e económica de alimentos integrantes de um padrão alimentar saudável e criar as condições para que a população os valorize, aprecie e consuma, integrando-os nas suas hábitos diários. Considerando as linhas de orientação da Organização Mundial da Saúde e da Comissão Europeia, o Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável Estudos apresenta estatísticas de certos comportamentos de risco dos adolescentes no estilo de vida (OMS, 2003). Os dados do 2.º Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física (IAN-AF), reunidos entre 2015 e 2016, demonstraram a situação alimentar e nutricional da população e admitem identificar as franjas da população em situação de risco nutricional. Em relação ao consumo alimentar da população portuguesa, os resultados do Inquérito indicam disparidades consideráveis entre distintos grupos etários da população portuguesa. As crianças (3-9 anos) e adolescentes (10-17 anos) eram os grupos etários que consumiam maior quantidade de leite, iogurte e leite fermentado e de cereais de pequeno-almoço infantis. Todavia, eram os grupos da população que ingeriam menor quantidade de fruta e produtos hortícolas, destacando-se os adolescentes como o grupo etário que consumia significativamente menos fruta fresca e hortícolas (97 g/dia e 133 g/dia, respetivamente). O consumo de fruta e produtos hortícolas é um dos indicadores mais utilizados em todo o mundo para avaliar a qualidade da alimentação. A OMS recomenda um consumo igual ou superior a 400 g/dia de alimentos deste grupo (equivalente a 5 ou mais porções diárias). Analisando a situação por faixas etárias os dados mostraram-se especialmente preocupantes no grupo das crianças e dos adolescentes, em que a prevalência de inadequação alcançou os 72% e os 78%, respetivamente (OMS, 2003). Segundo (Relatório do estudo HBSC, 2018) 29,6% alega não gostar da escola; referindo que o pior

é mesmo a comida do refeitório (58,3%); (57,2%) e mais variada. 16,8% dos alunos dizem ir comer a casa, e 5,4% trazer comida de casa; 12,8% gostaria de trazer comida de casa se houvesse como aquecê-la. nota-se ainda o quanto é necessário investir na alimentação saudável, nos refeitórios escolares. A maioria dos jovens refere que lava os dentes mais do que uma vez por dia (67,4%). Sendo que 28,4% lavam pelo menos uma vez por dia, 3,1% pelo menos uma vez por semana e 1,2% raramente ou nunca lavam os dentes.

18,5% refere que nunca praticou desporto. Os desportos mais populares são o futebol ou futsal (30,3%), a natação (15,9%) e o basquetebol (13,6%). Em 2015, foi ampliada a impedimento de bebidas alcoólicas a menores de 18 anos (em vez de menores de 16 anos) e, simultaneamente, definido um regime sancionatório. Em 2016/17, em média, o primeiro consumo de álcool ocorria aos 16 anos, sendo que aos 17 anos, já era regular. O consumo binge, mais de uma vez por mês, era de 6,1% nos rapazes e 5,8% nas raparigas, sendo a predominância de abuso ou dependência de álcool de 3,6% no sexo masculino e 1,9% no sexo feminino. A cannabis é a droga com maior prevalência de consumo ao longo da vida (entre 2% nos 13 anos e 34% nos 18 anos), seguindo-se-lhe a cocaína nos mais novos e o ecstasy nos mais velhos. O Plano Nacional para a Redução dos Comportamentos Aditivos e das Dependências identifica os jovens como um grupo de maior vulnerabilidade e está orientado essencialmente para a dependência de substâncias psicoativas, contemplando também a dependência do jogo. Há uma série de aspetos que levam os adolescentes a consumir drogas. 90,0% refere que nunca consumiu, 4,1% referem que consumiram uma vez e 3,5% referem que consomem regularmente; As drogas mais experimentadas foram o haxixe (8,8%), os estimulantes (3,4%) e a Dietilamida do Ácido Lisérgico (LSD) (1,9%); O consumo das drogas anteriormente referidas é maior nos rapazes do que nas raparigas; 93,1% dos jovens inquiridos refere que nunca consumiu cannabis ao longo da vida, 3,0% refere que consumiu 1 ou 2 vezes e 3,9% refere que consumiu mais que 3 vezes; 93,7% dos jovens refere não fumar. 3,7% refere consumir bebidas destiladas todos os dias e 89,4% nunca consumir. Quanto à cerveja, 3,6% consomem todos os dias e 91% nunca consomem e consumo de vinho é menos frequente, dos jovens que referem consumir álcool, 5,2% já se embriagou pelo menos uma vez nos últimos 30 dias e 11,8% já se embriagou pelo menos uma vez, durante toda a vida.

Portugal tem adotado várias políticas públicas para desencorajar o consumo de tabaco, como a proibição de fumar em locais fechados, o aumento do custo do maço de cigarros, a inclusão de informação acerca dos seus prejuízos nas embalagens e o aumento do acesso a tratamentos para a dependência. Maior parte dos adolescentes refere raramente ter dificuldade em adormecer (86,6% dos rapazes e 80,7% das raparigas). Cerca de 6,6% dos rapazes e 9,4% das raparigas tem dificuldade em adormecer mais do que uma vez por semana e 6,8% dos rapazes e 10% das raparigas tem dificuldade em adormecer quase todos os dias. 28,6% dos adolescentes afirma utilizar a Internet para fugir de sentimentos negativos, 26% refere que já tentou estar menos tempo nas redes sociais, mas não conseguiu, 20,9% refere sentir-se mal quando não pode usar as redes sociais e 20% indica que frequentemente não consegue pensar noutra coisa que não em estar outra vez a utilizar as redes sociais. É de notar a relação entre o sono, a alimentação e a obesidade, refere o mesmo estudo que 28,3% acredita ter excesso de peso e 19,8% refere ter a cintura abdominal mais larga do que os colegas. 3,1% mostra um índice de massa corporal correspondente a obesidade e 15,8% correspondente a excesso de peso. 12,1% dos jovens refere fazer dieta. Um adolescente que não atenda a sua necessidade de sono tem uma maior viabilidade de vir a comer em demasia, o que lhe poderá provocar um aumento de peso. De acordo com a DGS (2008), a OMS descreve que os acidentes e a violência estão representados em 8 das 15 causas de morte na população entre os 15 e os 29 anos, contribuindo com 9% dos óbitos para a mortalidade global. Os acidentes e a violência matam anualmente mais de 5 milhões de pessoas no mundo e provocam lesões. Mais comum em casa (52,1%), seguido das escolas/instituições (17,5%) e a área de transporte (10,4%). Na faixa etária dos 15 aos 19 o mais comum foi a escola ou instituições (30,8%). Quanto a sexualidade, 63,2% tiveram a primeira relação sexual aos 14 anos ou mais tarde. 66% refere ter usado preservativo na última relação sexual; e 33,8% refere ter usado a pílula contraceptiva. 17,1% dos adolescentes que já teve relações sexuais refere uma associação ao consumo de álcool ou drogas

Em 2008, foi criada a Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco, que estabelece que os centros de saúde e hospitais com atendimento pediátrico devem dispor de equipas multidisciplinares, para apoiar as intervenções dos profissionais. Cerca de 70% das situações sinalizadas nos núcleos de apoio a crianças e jovens em risco, das unidades de saúde, corresponde a maus-tratos por negligência, cerca de 15% a maus-tratos

psicológicos, cerca de 7% e 5% a maus-tratos físicos e abuso sexual, respetivamente. Segundo dados da Associação Portuguesa de Apoio à Vítima, de 2015 para 2017, diminuíram o número de crianças e jovens vítimas de crime e de violência em 25,3% e o número de crimes em 35,4%. Em 60,4% dos casos, as vítimas eram filhos do agressor e em 5% eram colegas de escola. Registaram-se 479 crimes, dos quais 42,8% corresponderam a abusos sexuais. Na categoria de violência doméstica, os crimes de maus-tratos psíquicos e físicos representavam 75,7% dos casos. As crianças e jovens integram uma das áreas prioritárias de intervenção no contexto político europeu e, nesse sentido, a OMS declarou que a saúde mental das crianças e jovens é uma área-chave para a qual os profissionais e decisores políticos devem orientar a sua atenção e preocupações. O Acordo Europeu para a Saúde Mental e Bem-Estar invoca a que os Estados membros da União Europeia interfiram em cinco áreas prioritárias, sendo uma das quais a Saúde Mental na Juventude e Educação. De acordo com a OMS, em todo o mundo, cerca de 20% das crianças e adolescentes sofrem de problemas comportamentais, de desenvolvimento e emocionais, sendo que um em cada oito, apresenta uma perturbação mental (OMS,2005). Em 2017, a taxa de risco de pobreza, após transferências sociais, foi de 18,9% nas crianças. Tendo em conta que, antes de qualquer transferência social, a taxa de risco de pobreza no grupo 0-17 anos era de 28,0%, os apoios sociais contribuíram para a redução da pobreza infantil em 9,1. A situação económica das famílias afeta indiscutivelmente o bem-estar das crianças. A situação de desemprego de um ou de mais elementos do agregado familiar, coloca as crianças numa situação de vulnerabilidade especial. A proporção de crianças entre os 0 e os 14 anos de idade provenientes de famílias onde todos os adultos estavam a trabalhar refletiu a crise económica que Portugal viveu ultimamente. Este indicativo reduziu de 64% em 2008 para 57% em 2013, só voltando a recuperar para os valores pré-crise em 2014 (CSN, 2018). O padrão de horas de sono na semana e no fim de semana sugere uma compensação ao fim-de-semana, onde 62,3% dorme mais de 8 horas/dia. A hora média de deitar durante a semana é 21h e a de acordar 7h26, havendo maior variação na hora de deitar do que na hora de acordar. 8,6% dos adolescentes refere ter dores de costas todos os dias, 6,3% dores de pescoço e ombros e 5,3% dores de cabeça, também diariamente. Também diariamente sentem-se nervosos (13,6%), irritados (12,6%), tristes (9,2%) e com medo (6,3%). Do seu conhecimento, referem ter tomado medicação no último mês, pelo menos uma vez: para as dores de cabeça (52,6%); para as dores de estômago (25,2%); para uma infeção (18,4%) e para

dores de costas (16,5%). 73,8% referencia que a medicação tomada foi receitada por um médico. Do seu conhecimento, 11,2% tomaram pelo menos uma vez no último mês medicação para o nervosismo, 9% para as dificuldades de adormecer, 6,5% para a tristeza e 6% para défice de atenção/hiperatividade. 94,3% tem as vacinas em dia e 74,3% acha que as vacinas protegem a saúde. 69,4% refere lavar os dentes mais do que uma vez por dia. 56,3% usa protetor solar sempre que vai à praia; 22% dos jovens expõe que raramente ou nunca põem protetor solar. Do seu conhecimento, os jovens referem que 63% das escolas têm gabinete de saúde e 50,5% dos alunos do 8º e 10º anos de escolaridade referem ter tido aulas de Educação Sexual/Educação para a Saúde. O profissional de saúde mais frequentado pelos adolescentes é o dentista (50,6%), seguido pelo médico de família (37,6%), o oftalmologista (24,4%), o pediatra (19%) e o psicólogo (12,6%). Apesar de cerca de um terço dos adolescentes se considerar bem informado em matérias de saúde, apenas 54,8% sabem que há medicamentos que podem ter efeitos não desejáveis e apenas 50,2% refere saber averiguar o prazo na embalagem de um medicamento. 88,5% dos adolescentes refere ainda não ter tido relações sexuais. Torna-se necessário aumentar a capacidade de resposta e o desenvolvimento de novas formas eficazes para servir as necessidades e proteger as crianças, os jovens e as suas famílias (DGS,2011). Seja reforçada a monitorização efetiva dos programas de saúde dirigidos a crianças e jovens, através da colheita sistemática e da publicitação regular e atempada dos indicadores significativos. (CNS,2018). Este relatório especifica os principais constrangimentos enfrentados, pelos adolescentes nas várias situações críticas, promoção da saúde e prevenção da doença. A intervenção de enfermagem, nomeadamente do EEESIP, numa consulta ao adolescente é importante toda ação deve virar-se para uma qualidade de vida das crianças e jovens.

1.3- SITUAÇÃO DE SAÚDE DOS ADOLESCENTES ANGOLANOS

Dados, mas recentes publicados em Angola durante o biénio 2018/2019, a OMS na sua responsabilidade e qualidade de autoridade de saúde dentro do sistema das Nações Unidas, procura trabalhar e ajudar com e seus parceiros desenvolver ações estruturantes apontando a melhoria da saúde, e o bem-estar dos cidadãos angolanos. Com o presente relatório propomo-nos oferecer uma visão geral do papel da OMS em Angola, as ações que tem desenvolvido em parceria com o Governo e outros atores sociais, bem como os principais efeitos alcançados para a Cobertura Universal de Saúde (CUS), no período em

análise. Nesta missão de garantir a saúde, o bem-estar físico, e psicossocial dos cidadãos angolanos, o apoio da OMS foi crucial para o controlo, eliminação e erradicação. “As crianças que perdem a mãe ao nascer têm maior risco de morrer antes dos dois anos, de abandonar a escola, sofrer de desnutrição, violência intrafamiliar, gravidez precoce, ser vítima de trabalho infantil e prorrogar o círculo da pobreza. Para evitar tal situação, devemos priorizar a saúde de cada mãe cada criança, cada adolescente e cada família.” A firmou a Dra. M^a Quaresma Gomes Ponto.

Segundo a Dra. Eva Pascoal, Especialista da OMS em Angola para o Sistema de Saúde diz que “o aumento do financiamento público para a saúde, será um elemento fundamental para assegurar um percurso sustentável para o alcance da cobertura universal em saúde, através do fortalecimento dos Cuidados de Saúde Primários e da melhor distribuição dos profissionais de saúde, aliado à monitoria dos resultados de saúde da população. Devemos reconhecer a capacidade das vacinas de salvar vidas e proteger todos contra doenças evitáveis pela vacinação, pois é uma das intervenções que maior impacto teve na redução da mortalidade e crescimento populacional, para além da disponibilidade de água potável, erradicação da poliomielite e a eficácia das vacinas” ainda diz o Dr. José Chivale Oficial de Imunização da OMS, Angola “Embora o país tem vindo a registar progressos a nível do combate a tuberculose, ainda temos um longo caminho pela frente para conseguir, até 2030. Sendo assim, impõe-se continuar a garantir parceiras estratégicas para garantir a aplicação das melhores práticas no combate a tuberculose, e assegurar a implementação de um sistema que permita cobrir os grupos de alto risco. Incluindo, a aceleração da colaboração com os programas de luta contra o VIH outras ISTs e doenças não transmissíveis, bem como os programas de saúde materna e infantil, para reforçar o rastreio de pessoas com maior risco de serem infetadas pela tuberculose, como as crianças, as pessoas que vivem com o VIH e os diabéticos”. O Dr. Javier Aramburu oficial de Tuberculose da OMS, Angola diz que “no caso de Luanda, crianças jovens dos dez aos 14 anos de idade procuram cada vez mais os serviços de saúde materna. A Maternidade Lucrecia Paim realiza de 50 a 70 partos por dia, dos quais dez são de adolescentes. Em 50 partos normais, 20 são feitos a jovens. No primeiro semestre do ano, registaram-se na Maternidade Lucrecia Paim 400 consultas externas pré-natais e natais em adolescentes dos 13 aos 15 anos de idade. Para os especialistas do sector, estes números constituem um problema de saúde pública, porque o número tende a aumentar.

Pois, adolescência é uma fase conturbada que marca a transição entre a infância e a idade adulta. Caracteriza-se por alterações a diversos níveis, físico, mental e social, e representa para o indivíduo um processo de distanciamento de formas de comportamento típicos da infância e de aquisição de características e competências que o capacitem a assumir os deveres e papéis sociais de adulto. A puberdade vai dos 10 aos 19 anos de idade, fase de dúvidas e curiosidade, na qual os jovens praticam muitos atos sem medirem as consequências” (OMS Angola, 2019).

Segundo a responsável da maternidade Lucrécia Paim, Eurídice Chongolola, médica afirma que “principais causas do crescente número de gravidez precoce se encontram nos fatores socioeconómicos, no difícil acesso à informação sobre a puberdade e sexualidade por parte dos pais, nas poucas informações nas escolas e instituições responsáveis. Há também pouca literatura e a ilusão de que ter um filho cedo se fica com mais responsabilidades. Outro fator é o aparecimento precoce do ciclo menstrual, causado pela má alimentação, pois a nível da agricultura muitos alimentos desenvolvem-se rapidamente com produtos hormonais. Esses produtos influenciam precocemente a sexualidade dos jovens daí ser muito importante vigiar alimentação do adolescente no sentido de promover uma alimentação saudável. O ciclo menstrual aparecia a partir dos 12 ou 13 anos de idade, atualmente aparece aos oito anos. Uma rapariga a que o ciclo menstrual aparece entre os 10 e os 11 anos de idade, em primeiro lugar vai deixar de crescer, porque a hormona de crescimento vai ser substituída pela hormona sexual, logo, aumenta o interesse pelo sexo oposto”, sublinhou Eurídice Chongolola. que o fator hereditariedade também é uma das causas, porque existe uma grande influência na aparição da primeira gravidez na progenitora da adolescente. Se a mãe da menor teve o seu primeiro filho na adolescência, também há probabilidades de a filha ter o primeiro bebé na mesma idade. Segunda gestação durante a consulta externa na Maternidade Lucrécia Paim constatou-se que a maior parte das jovens entre os 17 e 19 anos de idade já têm a segunda gestação (mãe pela segunda vez), porque as mesmas já realizaram uma cesariana aos 14 ou 15 anos. No primeiro semestre de 2013, um total 62% dos partos por cesariana na Maternidade Lucrécia Paim foram feitos a adolescentes, e o número tem crescido. No primeiro semestre de 2017, um total de 5% dos partos por cesariana foram feitas a jovens. A maior parte das cesarianas são realizadas devido à pouca estrutura corporal das jovens. As que têm bom porte físico conseguem ter um parto normal. Temos

de agir com a máxima urgência porque quando as mesmas entram no bloco operatório têm tido sérios problemas de saúde, consequências. Outra preocupação dos responsáveis da Maternidade Lucrecia Paim é o número de abortos realizados por raparigas muito jovens. As adolescentes que não têm conhecimento da prevenção, estão dentro do indicador dos abortos. Elas recorrem a lugares ilícitos devido ao medo, isolamento familiar e rejeição do parceiro. E como consequência, um grande número sofre de histerotomia, retirada do útero por práticas de abortos ilegais e sem as condições necessárias para o acto. Por semana, a Maternidade Lucrecia Paim realiza de dois a três casos de histerotomia. Para a especialista é um caso preocupante porque atrapalha a vida das adolescentes. Por ser a casa-mãe das mulheres em idade fértil, a maior parte das adolescentes são provenientes de Viana, Kilamba Kiaxi, Cazenga e Samba. A maior parte das gestantes que entram em trabalho pós-parto são adolescentes com eclâmpsia e pré-eclâmpsia, que leva à morte, outra sequela são as encefalopatias, sem possibilidade de recuperação, com convulsões a ponto de a paciente perder a consciência, entrando mesmo em estado de coma. Acesso à informação para que os jovens tenham mais informação é necessária uma maior abertura nas escolas, igrejas, famílias e instituições responsáveis para os métodos de planeamento familiar. Ainda considera a juventude atual desorientada, porque muitas raparigas grávidas não têm em mente o tempo de gestação e dificilmente sabem quem é o progenitor da criança, porque se relacionam com mais de um parceiro. Muitos adultos aproveitam-se da situação correndo o risco de contrair doenças sexualmente transmissíveis. A Maternidade Lucrecia Paim atendeu 12 raparigas vítimas de violação por um expatriado, e a mais nova tem apenas sete anos. Para colmatar este mal, que deve haver uma concertação entre os serviços de saúde e as instituições que acolhem as adolescentes. Os jovens devem saber quais são os principais riscos de uma gravidez precoce. “Vida perdida uma gravidez antes do tempo não traz apenas conflitos familiares como também é uma vida perdida”. Não sabemos que desfecho pode ter, por isso, aconselho as jovens mulheres a optarem pelos métodos de planeamento familiar logo que apreça o período, disse a diretora dos serviços ambulatoriais da Maternidade Lucrecia Paim, Eurídice Chongolola, que informou estarem em curso estudos sobre os métodos contraceptivos adequados que vão de encontro ao sistema hormonal das adolescentes”. (Jornal de Angola, 2017)

Angola registou 16 mil casos de gravidez precoce em 2017 (Jornal de Angola, 2017). Para o diretor clínico da Maternidade Lucrécia Paim, Francisco Quinto, “a gravidez precoce continua a ser bastante preocupante, uma vez que 27% do volume da assistência diz respeito a adolescentes grávidas, sendo a única maternidade nacional, muitos dos casos de alto risco acabam por ser transferidos para esta unidade hospitalar, quer para atendimento de grávidas quer para assistência às complicações de gravidez. Temos uma ocorrência no banco de urgência numa média de 40 a 56 pacientes por dia, que são adolescentes que acorrem por diferentes razões. Nas complicações da gravidez na adolescência temos uma média diária de oito a nove casos, as complicações mais frequentes decorrem de casos de aborto, nomeadamente as hemorragias e infeções, ambas letais. "A nossa realidade é muito dura em todo o país. Nós, como instituição de referência, sentimos muito a sobrecarga que essa situação nos acarreta e também reconhecemos que é um problema que, para a sua minimização, requer a participação de toda a sociedade, começando em casa", frisou. De acordo com o diretor clínico, nos últimos meses, a maior parte das jovens tinha entre os 14 e os 16 anos. (Editorial Jornal Médico, 2018) quanto a saúde do sono em adolescentes o assunto é preocupante. Assim diz OMS, que o sono perturbado é considerado tanto um sinal preditivo como um sintoma de muitas doenças, e está associado a reduções substanciais na qualidade de vida. Os adolescentes necessitam de cerca de 9 a 10 horas de sono por dia, necessidades que vão diminuindo ao longo da adolescência. Na adolescência precoce necessitam em média de cerca de 10h, e na adolescência tardia cerca de 8,5h de sono por noite. Mas atualmente os adolescentes dormem muito menos, o que é uma preocupação crescente na nossa sociedade, pois este défice de sono, pode ter graves consequências para a sua saúde, desenvolvimento e rendimento escolar. O défice de sono nos adolescentes, não resulta da diminuição da necessidade de sono, mas sim da convergência de várias influências biológicas, psicológicas e socioculturais, como por exemplo: Alterações dos sistemas de regulação do sono tornam fisicamente mais fácil ao adolescente ficar acordado mais tempo e mais difícil manter os anteriores horários do deitar (pré-pubertários); Fatores psicossociais como horários de deitar selecionados pelo próprio adolescente, resposta à pressão académica e a disponibilidade e uso de tecnologia e redes sociais à noite; as escolas que têm tendência a antecipar a hora de início das aulas nos anos escolares mais avançados. Como os adolescentes não se deitam mais cedo, acabam por ainda dormir menos; atividades extracurriculares ou trabalhos em part-time. Como consequência, os

adolescentes dormem muito pouco e são solicitados a estar acordados numa fase circadiana inadequada (OMS, 2018). O consumo de droga no seio dos adolescentes e jovens, constituiu um risco e aventuras. É um flagelo da humanidade. Esta realidade persiste até hoje num elevado número de países embora a qualidade de drogas difira de país para país, de região para região. As consequências daí resultantes são sempre nefastas. As drogas articulam-se em três dimensões globais: cultivo/produção, distribuição/ comercialização. O consumo de droga é particularmente complexo por se tratar de fenómenos ilícitos para acautelar o futuro da sociedade, mormente Angola. Nesta fase da adolescência o apoio dos profissionais de saúde e em particular os enfermeiros através dos centros de saúde e nas escolas devem exercer um papel preponderante na promoção da saúde e prevenção da doença, tendo sempre em atenção participação e responsabilidade da família nesta árdua tarefa. O profissional enfermagem em particular os enfermeiros especialistas em saúde infantil e pediátrica, deve assumir um compromisso de ajudar os adolescentes e suas famílias para uma harmonização dos hábitos mais saudáveis que promovem saúde e bem-estar dos seus filhos e toda família. Poucos estudos são feitos para avaliar os hábitos dos adolescentes em Angola no sentido de uma apreciação profunda para se poder analisar qual o caminho a seguir para promoção da saúde do adolescente. Em relação aos dados da Europa em particular Portugal são essenciais para permitir uma atenção especial nos vários comportamentos de risco do adolescente e jovem. Na generalidade a população de Angola vive na pobreza; 68% da população urbana vive abaixo da linha de pobreza, sendo, que a economia rural seja quase na totalidade uma economia de subsistência, em 2001 revelou que 45,2% das crianças com menos de cinco anos sofriam de subnutrição crónica, 31% tinham peso a menos e 6,2% estavam gravemente subnutridas. A má nutrição era a principal causa dos altos níveis de morbilidade e mortalidade infantil em Angola (UNICEF, 2004). Os dados de 2001 revelam que cerca de 60% da população não tinha acesso a água potável e 40% não tinham acesso a um sistema de saneamento básico. Esta situação tem graves implicações na disseminação e agravamento de doenças de origem alimentar, como a febre tifoide e diarreias que juntamente com os efeitos da má nutrição e de doenças endémicas como a malária, tripanossomíase e HIV/SIDA, estão entre as causas dos elevados índices de mortalidade infantil. A partir de 2004 foram feitos importantes investimentos na criação e na reabilitação de infraestrutura de abastecimento de água, melhorando a qualidade de vida das populações e o nível de desenvolvimento humano (UNICEF, 2004).

68,4% dos adolescentes consideram que a boa forma física contribui para que se sintam bem e por isso praticam exercícios físicos. 69,2% dos adolescentes gostam de trocar ideias e experiências quando estão em grupo. 46,2% dos jovens se envolve em drogas, assim sendo, 11,5% declara ter se envolvido com as drogas devido a falta de ocupação, 7,7% devido a frustração e igual percentagem para aqueles que se envolveram por gosto pelas drogas e 3,8% por influência dos problemas familiares. Portanto, podemos verificar que os motivos que levam a juventude ao consumo de drogas são diversos, uns de ordem pessoal e outros de ordem social, os fatores de risco para o uso abusivo de drogas, esta na disponibilidade das substâncias, nos encontros sociais. Sendo assim, convém lembrar que, consumir drogas não reduz o problema, mas sim piora os comportamentos de risco ao longo do tempo de consumo das substâncias.

1.4- PROMOÇÃO DA SAÚDE NA ADOLESCÊNCIA

Os cuidados de saúde à criança, adolescente e famílias são muito mais do que administrar vacinas e tratar os sintomas físicos da doença. Cada contato é uma ocasião para colocar em prática os cuidados centrados à família garantindo a qualidade dos cuidados à criança e adolescente e objetando às necessidades da família, através da parceria entre o EEESIP e as famílias (Maternal and Child Health Bureau (MCHB), 2008).

Nos cuidados centrados na família, esta e o EEESIP cuidam em conjunto para o melhor interesse da criança, adolescente e sua família; à medida que a criança cresce, esta assume um papel na parceria; existe respeito mútuo entre as capacidades e experiência que cada elemento tem na parceria; a confiança é importante; a comunicação e a informação são abertas e objetivas; os participantes tomam decisões em conjunto e existe negociação (MCHB, 2008).

Os cuidados centrados à família protegem o seguinte: a família é uma constante na vida da criança e adolescente; é alicerçada nas forças da família; apoia a criança e adolescente na sua decisão; honra a variedade cultural e as tradições da família; identifica a importância dos serviços na comunidade; promove uma abordagem individual; encoraja a participação da família alargada; apoia o adolescente na sua passagem para a idade adulta e desenvolve políticas, práticas e sistemas que apoiam a família (MCHB, 2008).

Relativamente à filosofia de Enfermagem Pediátrica direcionada ao adolescente, os cuidados centrados na família estão presentes nas intervenções de enfermagem pois os

pais ao serem corretamente envolvidos e capacitados têm um efeito protetor. No empoderamento que o EEESIP dá à família do adolescente deve haver uma coerência entre a autonomia individual crescente do adolescente, uma diminuição do controle parental e uma responsabilização progressiva ao adolescente. A orientação aos pais deve ser dada pelo menos uma vez na adolescência inicial e inclui: explicar o que é um desenvolvimento normal da adolescência, estimular comportamentos parentais que ajudam para o ajustamento saudável do adolescente: comunicação aberta, estabelecimento de limites, supervisão de atividades sociais e recreativas e ser modelos nos comportamentos que promovem a saúde (Hockenberry & Wilson, 2014).

Os cuidados não traumáticos precisam também ser parte essencial e integrante dos cuidados de enfermagem pediátricos pois referem-se a intervenções que eliminam ou minimizam o desconforto psicológico e físico sentido pela criança, adolescente e família (Hockenberry & Wilson, 2014).

A saúde dos adolescentes é essencial por quatro principais motivos. Primeiro: na adolescência verifica-se um aumento da mortalidade e morbidade comparativamente à infância devido ao aumento dos comportamentos de risco. Segundo: a maioria das mortes prematuras que aparecem na idade adulta e dos comportamentos de risco que levam a doenças crónicas têm a sua origem durante a adolescência (Patel et al., 2007); (Patton et al., 2009). Terceiro: a maioria dos comportamentos de risco de saúde que ocorrem durante a adolescência e que têm continuidade na vida adulta pode ser prevenida. Quarto: alguns dos comportamentos de risco presentes durante a adolescência surgem por influência intergeracional. Portanto, se estes fatores forem atenuados, haverá impacto na saúde das futuras populações. A população adolescente é o alvo preferencial para as atividades de prevenção primária. O profissional de saúde desempenha um papel importante em, não só tratar problemas de saúde, mas também promover comportamentos de saúde e de prevenção da doença (Catalano et al., 2012).

A promoção da saúde é um procedimento que capacita as pessoas a controlar e a melhorar a sua saúde e continua a ser a forma mais efetiva de melhorar o bem-estar e a qualidade de vida. Estima-se que 60 % da qualidade de vida de um indivíduo dependa do seu comportamento e estilo de vida (OMS, 2004).

Os comportamentos de promoção da saúde visam o aumento do bem-estar. As atividades promotoras de saúde ajudam para a saúde enquanto as ações preventivas visam evitar o

aparecimento da doença. Em 1975, Nola Pender descreveu um estilo de vida saudável como aquele que incorpora a promoção da saúde e a prevenção da doença. Esta autora analisou a tomada de decisão sobre os cuidados de saúde individuais num determinado contexto de enfermagem, formando assim a base para a criação do Modelo de Promoção da Saúde (MPS) e usando as perspectivas da enfermagem holística, da psicologia social e da teoria de aprendizagem social de Albert Bandura, que mostra a relevância que os processos cognitivos têm na mudança de comportamento (Tomey & Alligood, 2004). A minha opção incidiu sobre esta teórica por abordar o processo que faz com que o enfermeiro conduza o seu cliente, neste caso o adolescente e sua família, a assumir comportamentos que levam à prevenção da doença e complicações e à promoção da saúde, caminho à autonomia e bem-estar, objetivo principal da consulta de enfermagem. O MPS parte do início de que os fatores cognitivos e percetivos são os que delimitam o comportamento de promoção de saúde. Este modelo foi criado com o intento de incorporar a enfermagem na ciência do comportamento, através da identificação dos fatores que atingem os comportamentos saudáveis. Através da análise do processo biopsicossocial que motiva os indivíduos para a obtenção de comportamentos que promovem a saúde, o seu objetivo é levar a que os indivíduos saibam a cuidar deles próprios (Pender, Murdaugh & Parsons, 2021). O MPS permite a efetivação de comportamentos que apontam a promoção de saúde através do conhecimento de características e experiências individuais e sentimentos e comportamento que se deseja atingir. A pessoa está sujeita pelas intervenções de enfermagem à alteração, às exigências imediatas e preferências que levam a que as pessoas transformem comportamentos, apontando a promoção de saúde (Pender, Murdaugh & Parsons, 2021). Este modelo perspetiva a Enfermagem de uma forma abrangente, pois a teoria de aprendizagem social concedeu as bases para o MPS e presume quatro conceitos emblemático: pessoa, saúde, enfermagem e ambiente. O conceito pessoa adota uma posição central no modelo, definindo-a como ser singular pelo seu padrão cognitivo de perceção, em que a sua autoestima e o seu autoconceito promovem os comportamentos saudáveis. O conceito saúde considera os aspetos individual, familiar e comunitário e tem por base o bem-estar e a melhoria da qualidade de vida. A enfermagem na educação para a saúde baseia-se na relação pessoa-enfermeiro e pressupõe que as pessoas e as famílias são encarregues pela sua saúde, que têm capacidade para mudar de forma positiva ou negativa os seus hábitos de vida e que deve ser provida de informação pertinente de forma a conseguirem adotar

comportamentos e estilos de vida saudáveis. Por último, o conceito ambiente deve ser compreendido como consequente das interações entre as pessoas e o seu ingresso aos recursos de saúde, sociais e económicos, de forma a criar condições para um ambiente promotor de saúde. Os profissionais de saúde geralmente esperam que sejam os adolescentes ou os pais a abordá-los acerca dos problemas de saúde. No entanto, estudos demonstram que os adolescentes tendem a não revelar os seus comportamentos de risco se não forem abordados pelos profissionais de saúde. Além disso, a existência de serviços de saúde apropriados aos adolescentes pode proteger e dar prosseguimento aos investimentos feitos anteriormente em saúde infantil e pediatria. Apesar dos benefícios para a saúde da população, as necessidades de saúde dos adolescentes têm sido amplamente desvalorizadas devido ao fato da população adolescente ser vista como saudável pelos profissionais de saúde e igual pelos governos dos países, ao formular as políticas de saúde. As preocupações pessoais do adolescente, tais como sentimentos de medo, vulnerabilidade e vergonha, assim como a falta de conhecimento sobre a existência de serviços também podem inibir a capacidade dos adolescentes para aceder aos serviços (Bernard et. al., 2004).

1.5- CONSULTA DE ENFERMAGEM

Segundo a Direção Geral de Saúde (2002, p.1), a consulta de enfermagem é uma intervenção do enfermeiro “visando a realização de uma avaliação, o estabelecer de plano de cuidados de enfermagem, no sentido de ajudar o indivíduo a atingir a máxima capacidade de autocuidado”.

O Ministério da Saúde (citado por OE, 2012, p. 1) define consulta de enfermagem como sendo “uma atividade autónoma com assento em metodologia científica, que possibilita ao Enfermeiro formular um diagnóstico de enfermagem fundamentado na identificação dos problemas de saúde em geral e de enfermagem em particular, elaborar e efetuar planos de cuidados de acordo com o grau de dependência dos utentes em termos de enfermagem, bem como a avaliação dos cuidados prestados e respetiva reformulação das intervenções de enfermagem”. A consulta de enfermagem pode ser definida como uma atividade diretamente concedida à pessoa, através da qual são reconhecidas questões de saúde e doença e estabelecidas e executadas decisões de enfermagem que promovam, protejam, recuperem ou reabilitem o paciente (Comité de Consulta de Enfermagem, 1979). É uma

habilidade usada para detetar antecipadamente desvios de saúde e acompanhar medidas que são direcionadas ao bem-estar das pessoas que deve ter objetivos bem definidos, uma metodologia adequada conter um histórico a definição de diagnósticos e de procedimentos de enfermagem. Deve ainda incluir técnicas, normas e atuações que dão apoio à obtenção, análise e interpretação de informações sobre as condições de saúde das pessoas, assim como as decisões relacionadas com a adoção de práticas favoráveis à saúde. Como o enfermeiro é um profissional com capacidade de desenvolver atividades de promoção de saúde e prevenção de doença (Paula, 1997), é essencial que procure métodos para entusiasmar transformações do comportamento. Desta forma, os cuidados de enfermagem passarão promover os projetos de saúde das pessoas que são alvo dos cuidados, auxiliando-as a utilizar os recursos da comunidade (Nunes, 2004).

O adolescente, mostra um grande interesse pelo seu crescimento e desenvolvimento, devido às alterações corporais causadas pela puberdade, mas apresenta-se teimoso em procurar os serviços de saúde (Hockenberry & Wilson, 2014). A maior parte dos serviços de saúde representa uma ameaça para os adolescentes devido à perda de controlo que sentem, principalmente por ainda estarem em busca da sua identidade. É necessário que haja um “um olhar harmonioso” ao envolver os pais na consulta, tendo mais benefícios em entrevistá-los separadamente e depois em conjunto com os pais. Relativamente aos pares, estes podem ser motivados a acompanhar o adolescente se assim o desejarem (Opperman & Cassandra, como citado por Lopes, 2016). É necessário que o enfermeiro que atende o adolescente tenha maturidade, seja firme, mas flexível, sensível, genuíno, tenha uma comunicação franca e natural e esteja motivado para percebê-lo, dar-lhe valor e escutá-lo. A presença do respeito, autenticidade e empatia facilitam a expressão de sentimentos pelo adolescente (OE, 2010). É fundamental que o enfermeiro seja conhecido como um parceiro e não como uma figura de poder, para que o adolescente se sinta percebido. A não confrontação e o respeito pela liberdade de escolha do adolescente vigia pelo seu direito de independência (Andretta & Oliveira, 2005).

Na consulta ao adolescente, o EEESIP aplica habilidades comunicacionais adequadas, simplifica uma comunicação clara de emoções e avalia os conhecimentos e comportamentos do adolescente relativamente à sua saúde. Estimula ainda a aceitação de comportamentos saudáveis, fornece às famílias informação motivadora dos cuidados prévios, com vista a aumentar o potencial de desenvolvimento do adolescente e usa

estratégias promotoras para o adolescente ser responsável pela sua saúde (OE, 2011). A eficaz promoção da saúde só se realiza com o apoio dos indivíduos e das instituições que fazem parte da vida do adolescente. A curiosidade e a aquisição gradual de autonomia da adolescência propiciam ocasiões de promoção da saúde, que devem ser beneficiadas (Hockenberry & Wilson, 2014). Por isso é que a consulta de enfermagem do adolescente mostra uma precisão em saúde. A promoção da saúde centra-se na ampliação dos fatores de proteção e não só em diminuir os fatores de risco. A capacidade de proteção individual a várias situações e a novas pessoas é um importante fator de proteção individual. O enfermeiro pode intervir no sentido de aumentar os fatores de proteção individual, proporcionando superação e diminuindo a fragilidade no adolescente. A consulta de enfermagem ao adolescente segundo o PNSIJ, compreende a avaliação dos seguintes itens: parâmetros de crescimento (peso, altura, índice de massa corporal, tensão arterial, frequência cardíaca), pele, dentição, visão, audição, postura, estágio pubertário, exame físico e desenvolvimento psicoafectivo e social. Abrange também ensino sobre sinais e sintomas de alerta (incapacidade para lidar com problemas e atividades diárias, ansiedade excessiva, insônia grave e persistente, humor depressivo mantido, ideação e tentativas de suicídio, sintomatologia obsessiva-compulsiva, variação ponderal acentuada, modificações do pensamento e da percepção, isolamento mantido, automutilação, presença de enurese e encoprese, consumo de tabaco, álcool e drogas e comportamentos sexuais de risco), observância do Plano Nacional de Vacinação, se necessário; avaliação de risco de maus tratos e segurança do ambiente, promoção de estilos de vida saudáveis e incentivo para o comprometimento pela saúde. Também está abrangida na consulta a prestação de cuidados antecipatórios relativamente a diferentes temas: puberdade, alimentação, atividade física, hábitos de sono, saúde oral, escola, família, amigos, tempos livres, cidadania, sexualidade, segurança e acidentes, consumos nocivos, riscos, violência e maus-tratos e higiene (Menezes et al., como citado por Lopes, 2016).

A informação acerca do adolescente é tomada através da entrevista. Este elemento faz parte da consulta de enfermagem para colheita de dados, exame físico, levantamento dos diagnósticos de enfermagem, realização dos cuidados e orientação das ações relacionadas com as perguntas encontradas. Aplicar quando possível e em particular na primeira consulta, as orientações do guia é tão indispensável e útil. É bem verdade que o enfermeiro não tem tempo suficiente para o cumprimento da entrevista motivacional com

o adolescente, mas deve leva-nos a uma reflexão, para maior uso das orientações do Guia (OE, 2010). O Guia Orientador de Boa Prática é um dos elementos essenciais da entrevista no atendimento ao adolescente ajudando, dessa forma, para a melhoria contínua. Em geral, a adolescência e juventude são os períodos mais saudáveis do ser humano com menores índices de morbi-mortalidade em relação a outros grupos etários. Este estado resulta numa escassa procura de serviços de saúde (Vicario et al., 2012). Sabe-se também que a adolescência é um período crucial no desenvolvimento e incorporação de condutas e comportamentos que influenciam a saúde no futuro. A comparência dos adolescentes nos serviços de saúde integra uma oportunidade singular para promover as aprendizagens referidas, proporcionando a assistência em saúde aos adolescentes e famílias. Nas intervenções de Enfermagem, no âmbito do atendimento ao adolescente, a promoção de comportamentos saudáveis, tanto para melhorar o seu nível de saúde, como para antever a doença, assume lugar de destaque. A percepção que regularmente os profissionais de saúde possuem de que o adolescente bem informado desenvolverá uma vida saudável, conduz a uma intervenção em saúde fundamentada, sobretudo na informação. Mas, a boa comunicação não é suficiente para provocar mudanças. A motivação ou desejo de mudança para modificar comportamentos e hábitos não saudáveis depende de muitos fatores, nomeadamente, incentivo interior; distinção e controlo pessoal de decisões; autoconfiança e percepção de eficácia; ambivalência pessoal e ajuda individualizada, entre outros na excelência de cuidados de Enfermagem ao adolescente (Lizarraga & Ayarra, 2001).

A Entrevista Motivacional (E.M.) é definida como «um método centrado no cliente, diretivo, para intensificar a motivação intrínseca para a mudança, explorando e resolvendo a ambivalência» (Cunha, 2008, p. 25) A EM é um método centrado no cliente porque considera a pessoa como centro e ator da sua própria mudança, de acordo com a teoria de Carl Rogers. Segundo estes autores a E.M. defendem-na como diretiva uma vez que «é intencionalmente dirigida à resolução da ambivalência, frequentemente numa direção particular de mudança. Acrescentam ainda que «a Entrevista Motivacional é um método de comunicação, mais do que um conjunto de técnicas. Não é um saco de ilusões para levar as pessoas a fazer o que não querem» (idem, p.25) A E.M. parece surgir como um tema atual na investigação e como uma ferramenta útil numa primeira abordagem terapêutica, uma vez que elege a empatia e a aceitação como primeiros passos, princípios

comuns a várias abordagens terapêuticas com enquadramentos teóricos distintos. sobre atitudes e persuasão em minorias/maiorias, os autores referem quando recordam que a experiência da ambivalência motiva a procura de informação corretiva, tornando as pessoas ambivalentes especialmente suscetíveis à influência do consenso. Referem que os estudos sobre adolescentes se tornaram mais contextualizados e inclusivos, mas as variações étnicas raciais e culturais, apesar disso estão sub-estudadas nalgumas áreas. Portugal está cada vez mais a tornar-se num país de imigração com uma grande parte de jovens filhos de imigrantes a frequentar os Hospitais e Unidades de Saúde Familiar, devendo então, questões como a ambivalência, serem olhadas mais amplamente. A E.M., apresenta quatro princípios básicos; a empatia, o desenvolvimento de discrepância, o diminuir da resistência e o apoio à autoeficácia. Ser empático ou “confirmar o outro” como diz Carl Rogers, utilizando a expressão do filósofo Martin Buber, significa aceitar o Ser de quem está perante nós, na sua plenitude (Cunha, 2008). O enfermeiro expressa empatia, ouvindo ativamente, devolvendo reflexões e aceitando a ambivalência. É esta aceitação empática por parte do enfermeiro que parece facilitar o processo de mudança, enquanto a sua ausência parece detê-lo. Ora neste ponto pode ser levantada uma questão: Como é que o enfermeiro aceita a pessoa na sua plenitude e ao mesmo tempo se propõe ser agente estimulador de mudança? Esta questão leva-nos ao segundo princípio básico da E.M., o desenvolvimento da discrepância. O indivíduo que procura ajuda está, em maior ou menor grau, ambivalente, isto é, com uma dupla necessidade de aproximação e de escapar. Mesmo no caso dum adolescente que seja indicado para consulta pelos professores ou mesmo pelos pais, esta ambivalência existe, ainda que a consigamos encontrar descentrada do problema em causa, isto é, a queixa dos pais pode não corresponder a um problema que o filho veja como tal, mas o filho está pelo menos ambivalente no modo de sentir ou agir face à opinião e/ou comportamento que os pais têm dele ou para com ele. Isto para além do facto de, pela sua condição de adolescente, estar normativamente ambivalente, como vimos quando abordamos a adolescência. Assim, o enfermeiro ao aceitar a totalidade do ser também aceita a existência de ambivalência e com genuinidade pode “levar contraste” nas diversas opções, permitindo à pessoa visualizar o dilema da escolha e, posteriormente, poder optar pelo processo de mudança. A questão que se pode colocar é se o jovem tem consciência da delimitação do seu eu, uma vez que uma das tarefas do desenvolvimento se prende precisamente com a questão da identidade. Esta questão pode ser vista em dois níveis; num nível temporal,

quem sou eu? e quem pretendo eu ser? sendo aconselhável conseguir uma perspectiva de agência autorregulada nesse processo de ligação entre eu atual (real) e eu almejado ou projetado no futuro (eu ideal), e num nível espacial, no que se refere ao processo de individuação do eu, que implica uma verdadeira distinção entre eu real e eu obrigatório. Podemos até olhar para casos em que o “eu” obrigatório coincide com os valores que o jovem pretende adotar, mas enquanto não tornar consciente esse processo de escolha pessoal, não conseguirá sentir o eu obrigatório como seu. A este propósito (Cunha, 2008) refere: «Quando as pessoas interiorizam objetos que não foram trabalhados, restringe-se o campo de ação da identidade. A identificação está no grau de reflexão do objeto, ou então na experiência, do facto do objeto representar uma perspectiva escolhida livremente (identificação)» (p.123). Por sua vez, o jovem tem de ir ajustando de acordo com os vários contextos em que se insere (família, escola, e de gerir de acordo os pais, pares, professores), numa textura de relações que influenciam o conceito de si e que contribuem para a construção da sua identidade.

A entrevista possibilita colher informação e produzir vias de comunicação. Os seus objetivos são fazer uma avaliação do desenvolvimento psicossocial e afetivo, identificar e prevenir problemas, desenvolver uma relação terapêutica e uma relação de segurança para que o adolescente exponha os seus sentimentos (OE, 2010). Quando favorável, é realizada uma entrevista motivacional ao adolescente para promover a sua saúde. Ele é levado pensar sobre a sua conduta, ao mesmo tempo que lhe é dado auxílio para fazer as suas próprias escolhas em relação à sua saúde (Andretta & Oliveira, 2005). Neste tipo de entrevista, é transmitida informação que o leve a tomar consciência crítica pelo seu projeto de saúde. Promover a saúde no adolescente envolve levá-lo a ter conhecimentos, atitudes e aptidões para realizar escolhas em saúde que maximizem o seu potencial (OE, 2010).

A entrevista mostra um momento fundamental na consulta de enfermagem e tem três fases: a fase do acolhimento, a fase exploratória e a fase resolutiva. Na fase do acolhimento, o enfermeiro recebe o adolescente e a família, conhecendo as suas expectativas e observando as relações (OE, 2010).

Nas intervenções de Enfermagem, no espaço do atendimento ao adolescente, a promoção de comportamentos saudáveis, tanto para melhorar o seu nível de saúde, como para antever a doença, assume lugar de notoriedade. A percepção que frequentemente os

profissionais de saúde têm de que o adolescente bem informado desenvolverá uma vida saudável, acompanha a uma intervenção em saúde fundamentada, sobretudo na informação. Mas, a boa informação não é suficiente para provocar mudanças. A motivação ou desejo de mudança para alterar comportamentos e hábitos não saudáveis depende de muitos fatores, especialmente, motivação intrínseca; seleção e controlo pessoal de decisões; auto-confiança e percepção de eficácia; ambivalência pessoal e ajuda individualizada, entre outros. Nas fases mais precoces da adolescência, os pais controlam de forma mais próxima a situação de saúde do adolescente, mas à medida que a sua autonomia vai crescendo é fundamental que comece a exercer maior responsabilidade neste âmbito. As suas competências desenvolvimentais permitem-lhe agora compreender melhor o mundo que o rodeia, podendo assumir outras responsabilidades, outro nível de participação em tudo o que lhe diz respeito. No contexto do atendimento ao adolescente, nos serviços de saúde, a entrevista assume uma singularidade, possibilitando identificar as suas necessidades, problemas, potencialidades, desejos e significados de experiências. Na entrevista, o adolescente é o protagonista da solução para os seus problemas, o que implica o desenvolvimento de uma relação terapêutica promovida no âmbito do exercício profissional de Enfermagem, caracterizando-se não só, por uma parceria entre os diferentes intervenientes no respeito pelas suas capacidades, como também pelas suas opiniões, sentimentos e competências (OE, 2010).

Segundo (OE, 2010), a entrevista pode ser considerada uma atitude terapêutica para a resolução dos problemas que o adolescente expressa. Integra um espaço favorecido no contacto com o adolescente para conhecer o seu estado de saúde, estilos de vida, identificar problemas, preocupações, necessidades e competências e, simultaneamente, transmitir informações com vista a prevenir eventuais mudanças da sua saúde, tanto física como psicossocial.

O maneira como o adolescente se apresenta poderá condicionar a forma como o enfermeiro vai guiar a entrevista. O enfermeiro, para além de estar atento à forma como o adolescente se apresenta, também necessita de identificar as dificuldades na relação. Uma das mais frequentes é quando o adolescente é silencioso e um pouco hostil. Estes comportamentos constituem, por vezes, barreiras protetórias que podem ser diminuídas, centrando-se o enfermeiro em outros aspetos que também determinam o adolescente. É fundamental estabelecer um clima de segurança e confiança antes de abordar temas

sensíveis, começando a entrevista com questões informais, abordando assuntos do cotidiano (escola, amigos, lazer). Esta abordagem, além de auxiliar a estabelecer uma relação de confiança, colabora também para conhecer o adolescente, a sua personalidade e situação emocional. Quando o adolescente permanece hostil, o enfermeiro não se deve envolver na emoção negativa, aludir à sua atitude, como por exemplo: «vejo que está muito Zangado». Se necessário, também ajuda definir limites: «não encontro razão para que tenha de admitir a sua atitude, se você não mudar...». Se permanece em silêncio, o enfermeiro deve fazer uma revisão da situação, procurando identificar o motivo daquele comportamento. Deve manter a paciência e identificar temas de interesse comum, como por exemplo: «eu não aprecio matemática». Se houver sinal de empatia deve continuar: «posso imaginar como se sente nesses momentos». O sentido de humor também pode ser útil: «o que faz uma adolescente como você, num lugar como este?» É importante não consentir que o silêncio controle a entrevista, mas se não houver avanço, deve-se terminar e marcar para outro dia (OE, 2010). A duração da entrevista é variável conforme se trate de uma primeira entrevista ou subsequente, assim como do conteúdo da mesma. Numa primeira entrevista, quase de 50 minutos possibilitam manter bons níveis de atenção e concentração, quer do adolescente, quer do enfermeiro. Para a Organização Pan-Americana da Saúde (OPS), o tempo essencial é de cerca de 30 minutos, não devendo transpor os 90 minutos. Em contactos frequentes, é possível realizar entrevistas curtas, entre 30 segundos e 15 minutos com intervenções breves e que resultam eficazes é exatamente neste tempo em que o enfermeiro encontra dificuldade de orientar o tempo que concede na consulta do adolescente, tendo em conta as consultas marcadas e o que se recomenda seguir na entrevista motivacional (OE, 2010). O enfermeiro clarifica as etapas que constituem a entrevista:

-Entrevista com o adolescente e família, espaço que pode ajudar para o desenvolvimento de uma parceria entre o enfermeiro, familiares e adolescente. Este momento é relevante para observar as relações entre os diferentes membros, compreender os antecedentes pessoais, familiares e os papéis que adotam no seio da família;

-Entrevista individual com o adolescente é um momento ímpar para um melhor conhecimento do adolescente, no qual poderá expressar os seus pontos de vista acerca dos problemas e inquietações, desejos e projetos. Esta é, simultaneamente, um tempo para refletir e trabalhar a responsabilidade pela sua saúde e iniciar projetos com significado

para o adolescente. A entrevista individual dá ao enfermeiro a possibilidade de manifestar um interesse autêntico na relação com o adolescente, o que pode aumentar o sentimento de confiança, auto-estima e independência em relação aos pais;

-Entrevista com o adolescente e família. Esta etapa final pode ocorrer, se necessário, sendo fundamental previamente validar com o adolescente os assuntos a partilhar; Deve assegurar a confidencialidade e a privacidade.

Na fase do acolhimento, o enfermeiro recebe o adolescente e a família, conhecendo as suas expectativas e observando as relações.

Na fase exploratória colhem-se dados sobre as diversas áreas de saúde, abrangendo a obtenção de informação pertinente referente à disposição para aprender, motivação para a mudança, assim como áreas potenciais para promover a aprendizagem. Na colheita de dados sobre antecedentes familiares e pessoais (história neonatal, vacinação, doenças anteriores) poderá ser útil a colaboração dos pais; antes da entrevista individual, é necessário saber, sempre, se os pais querem exprimir preocupações antes de saírem do local da entrevista; rever com o adolescente o que foi referido acerca do tema da confidencialidade, se este tiver sido analisado com os adultos presentes; referir ao adolescente que serão colocadas questões muito pessoais, explicando que a informação é essencial para a compreensão sobre a sua saúde; utilizar diversas técnicas de apoio narrativo que contribuam para a comunicação bidirecional promovendo um clima de empatia e reforçando a capacidade de expressão do adolescente; analisar os sistemas biopsicossociais do adolescente, utilizando como guião um dos acrónimos referidos por Goldering e Cohen em 1988 e é muito útil para “analisar os sistemas biopsicossociais do adolescente” e para identificar precocemente “problemas, necessidades, significados que atribui às suas situações de vida, de modo a prevenir a morbi-mortalidade no adolescente” (OE, 2010, p.32). O acrónimo HEEADSSS significa o seguinte: H para *Home* (Casa/Família), E para *Education/Employment* (Escola/Emprego), E para *Eating* (Alimentação), A para *Activities* (Atividades), D para *Drugs* (Consumos), S para *Sexuality* (Sexualidade), S para *Suicide/depresssion* (risco de suicídio/ depressão) e S para *Safety* (segurança). Desta forma são abordadas várias áreas da vida do adolescente (Goldering & Rosen, 2004). A análise psicossocial é essencial na identificação precoce de problemas, necessidades, significados que atribui às suas situações de vida, de modo a prevenir a morbimortalidade no adolescente e tomando como focos de atenção os

apresentados no eixo A da CIPE ® 22 (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem), nomeadamente: processo familiar, família disfuncional, relacionamento com pais e irmãos; comportamento interativo, participação, socialização, capacidade para socializar; isolamento social; desempenho escolar; uso de substâncias: álcool, drogas, tabaco; comportamentos de risco relativamente a divertir-se; fazer exercício; padrão alimentar e de ingestão de líquidos; abuso sexual, regime dietético; comportamento autodestrutivo; comportamento compulsivo; autoimagem e auto-estima; imagem corporal; conhecimento sobre o sistema reprodutor, identidade sexual, relação sexual; comportamento sexual, uso de contraceptivos e gravidez não planeada (OE,2010).

Já na fase resolutiva corresponde à etapa de educação para a saúde que tem subjacente um processo de diagnóstico, planeamento e de intervenção, sendo que na fase de avaliação é definida a natureza da necessidade, bem como a motivação para aprender, as metas a atingir, estabelecidas concomitantemente com o adolescente e / ou família. As intervenções de Enfermagem incluem e consistem em: Analisar os dados; disponibilizar tempo para que o adolescente possa exprimir preocupações e colocar as últimas questões; orientar mais do que aconselhar, para que o adolescente possa sentir que participa nas tomadas de resolução em assuntos que lhe dizem respeito; reforçar a capacidade de o adolescente intervir na consecução do seu projeto de saúde ou na recuperação da sua saúde (não deve haver delegação da saúde do adolescente no enfermeiro) através de orientação antecipatória; enunciar várias opções para que o adolescente possa seleccionar o comportamento, começando com pequenas mudanças; explicar os recursos que estão ao alcance do adolescente; disponibilizar materiais educativos (livros, revistas, vídeos, programas informáticos) centrados em valores de saúde e bem-estar do adolescente; negociar metas de curto prazo, já que estes podem ainda não entender as de longo prazo; se o problema é grave, facilitar a consciencialização do adolescente em relação ao mesmo; incentivar a partilha e negociação com a família; reunir com os pais / responsáveis que acompanham o adolescente; advogar o adolescente perante os pais, realçando as qualidades positivas, tendo em conta que apoiar o adolescente não significa estar de acordo com o seu comportamento; partilhar com os pais as metas negociadas com o adolescente e facilitar o apoio necessário para a concretização das mesmas; definir a frequência de entrevistas em relação ao adolescente e, se necessário, aos pais; informar o adolescente e pais sobre a disponibilidade do enfermeiro e restante equipa de saúde;

disponibilizar contacto telefónico e / ou endereço do serviço de saúde e / ou do enfermeiro; registar os dados, diagnósticos e intervenções de enfermagem, resultados esperados, e informação significativa, tal como comportamento do adolescente, interesses, motivações, entre outros (OE, 2010).

No que concerne à avaliação do progresso do cliente e atendendo aos objetivos previamente delineados por Green, como citado por Silva (2007), três dimensões deverão ser avaliadas: o processo de educação para a saúde; o impacto (mudanças no conhecimento, atitudes ou comportamentos) e a mobilidade e mortalidade. A entrevista ao adolescente constitui-se como oportunidade única para o conhecimento das tendências, costumes e particularidades desta população em constante mudança, de modo que as intervenções de Enfermagem respondam, efetivamente, às suas necessidades de saúde e biopsicossociais (OE, 2010). É muito importante que o enfermeiro reconheça a fase de mudança de comportamento em que o adolescente se situa, pois, isso vai possibilitar projetar a intervenção de enfermagem. Se o adolescente não estiver disposto a mudar, nenhuma intervenção de enfermagem será eficiente nesse momento. Nestas situações tenta-se dar mais informação e agenda-se a próxima consulta de enfermagem. O grande objetivo da consulta é levar o adolescente e família a raciocinar e a refletir no comportamento atual e nos riscos que corre, pois só assim haverá uma efetiva mudança de comportamento.

Os estádios de mudança de comportamento em que se encontra o adolescente são os seguintes: pré-contemplativo, contemplativo, determinação, ação, manutenção e recaída e atuar em conformidade (OE, 2010). O enfermeiro não se pode esquecer do grupo de pares, que exerce muita influência na conduta do adolescente, o que faz com que por vezes se torne necessário haver estratégias para alterar as relações interpessoais de modo a alterar o comportamento (Andretta & Oliveira, 2005).

Ao entrevistar o adolescente, segundo Hockenberry & Wilson (2014), devem ainda ser respeitadas as seguintes orientações: os limites da confidencialidade devem ser estabelecidos, deve ser demonstrado interesse pela perspetiva do adolescente e deve ser dada uma explicação de forma não ameaçadora sobre as perguntas que se colocarão (Por exemplo: “Vou fazer algumas perguntas para me ajudar a perceber melhor a tua saúde”). Deve-se também ser objetivo e não fazer juízos de valor, conjeturas e censuras; fazer perguntas abertas e direcioná-las mais, quando for necessário; iniciar por perguntas

menos sensíveis e passar depois para as mais sensíveis; utilizar uma linguagem clara e resumir o que o adolescente disse com sentimentos que podem ser associados ao conteúdo expresso. É muito importante que haja confiança, escuta ativa, confidencialidade, privacidade e que se responda às emoções do adolescente. A escuta ativa implica que haja compreensão sem juízos de valor e é uma capacidade difícil de concretizar porque o meio cultural em que os serviços de saúde estão inseridos induz a que se vá diretamente aos fatos e faz com que não haja tempo nem disponibilidade para incentivar a comunicação e o estabelecimento de relações de confiança (Hockenberry & Wilson, 2014).

CAPÍTULO II- PERCURSO FORMATIVO

O meu percurso formativo durante o estágio foi feito em dois locais de prestação de cuidados de enfermagem à criança e ao adolescente e família. Na escolha dos locais estiveram implícitas as minhas necessidades formativas, no sentido de desenvolver proficiências de EEESIP e as características inerentes dos serviços relacionados com a temática do relatório final, nomeadamente com a promoção da saúde e prevenção da doença no adolescente.

2- LOCAIS DE ESTÁGIO E MOMENTOS DE APREDIZAGEM

O estágio com relatório final prevê 192 horas de Trabalho de Campo, atividades de observação, observação participante, entrevistas e análises de documentos existentes/em uso nos serviços, que decorreram ao longo de 8 semanas, de 6 de setembro a 31 de outubro/2021, das quais 3 semanas na Consulta de infeciologia do Hospital Pediátrico - CHUC e 5 semanas no Centro de Saúde de Celas USF - Celas Saúde Consulta do Adolescente.

2.1- CONSULTA DE INFECIOLOGIA DO HOSPITAL PEDIÁTRICO DE COIMBRA

Decorreu no período de 6 de setembro a 24 de setembro, na Consulta de infeciologia do Hospital Pediátrico de Coimbra, onde realizei o primeiro estágio.

Hospital Pediátrico de Coimbra é um prestador de cuidados de saúde pública de referência, dedicado a crianças e jovens. Na consulta externa com horário de atendimento das 9h às 13h, na 2ª e 5ª feira. A sua área de influência abrange toda a região centro do país, assumindo-se como hospital de referência para os hospitais distritais da região centro e para os centros de saúde do concelho e distrito de Coimbra, constituindo-se ainda como referência nacional para algumas patologias específicas. A Convenção sobre os Direitos da Criança ratificada pela Assembleia da República (1990) estabelece no Artigo 1º que a Criança é todo o ser humano menor de 18 anos. Esta decisão traz novamente outra dimensão aos cuidados à criança e adolescente. Há uma preocupação na transição efetiva, pois cada vez é maior o número de crianças com doença crónica que chegam à

idade adulta e que, por terem limitações funcionais com consequências sociais, emocionais e de comportamento, experimentam dificuldades na passagem para os adultos. E, finalmente, sabe-se hoje que a Medicina da Criança vai muito para além da idade convencionada, pois está provado que muitas das doenças do adulto, como as cardiovasculares, são consequência do que ocorre durante a vida fetal e nos primeiros anos de idade. Os profissionais de saúde infantil e juvenil estão assim na primeira linha na promoção da saúde e na prevenção da doença e com um olhar cada vez humanizado nos cuidados à criança. Quanto ao adolescente, há uma preocupação crescente de desenvolver espaços de apoio nos Centros de Saúde e nos Hospitais que respondam às necessidades deste grupo etário com problemas tão específicos como as doenças sexualmente transmissíveis, o consumo de álcool, tabaco ou drogas e as doenças do comportamento alimentar (OMS, 2002).

As orientações gerais para um Serviço de Pediatria Hospitalar devem cumprir os seguintes critérios mínimos: Atendimento até aos 18 anos de idade (17 anos e 364 dias); urgência pediátrica individualizada e integrada ;assegura a prestação de todos os cuidados, médicos ou cirúrgicos, em ambiente pediátrico e inclui uma Unidade de Internamento de Curta Duração (UICD), de modo a evitar que a criança ou o adolescente sejam submetidos a internamento prolongado e a permitir a monitorização e estabilização de crianças/adolescentes em situação clínica instável. A permanência nestas unidades não deve ser inferior a 12h nem superior a 36h. Consulta externa destinada a crianças e adolescentes, em espaço próprio e ambiente pediátrico com necessidade de inscrição ou marcação, o que ajuda os adolescentes e famílias terem na sua agenda a consulta marcada para o acompanhamento, adequado, aceite pelo adolescente e família que o auxilia. Estes serviços devem ser sensíveis à etapa de desenvolvimento dos adolescentes e ter características específicas tais como: ser acolhedor, situar-se num local acessível, com horário flexível, respeitar a confidencialidade e a privacidade. Estes serviços de saúde geram oportunidades para empenhar-se a saúde pois proporcionam que os adolescentes acedam a informação sobre saúde (OMS, 2002). Há casos que são referenciados por unidades de saúde de CSP (Unidade de Saúde Familiar (USF) e UCSP), hospitais, escolas, instituições ou pela Comissão de Proteção de Crianças e Jovens (CPCJ). Os motivos de recurso identificados foram os seguintes: sexualidade; gravidez (desejada e não desejada), queixas psicoafectivas (anorexia, bulimia, ansiedade, abuso sexual etc.), consumos nocivos (álcool, tabaco, drogas e internet) e insucesso escolar. A infeciologia é o motivo

de recurso mais frequente neste serviço. Muitos adolescentes fazem consultas de controlo e testagem do seu estado serológico.

Por se tratar do único hospital pediátrico e universitário da região centro, oferece aos seus utentes os mais recentes avanços em cuidados de saúde. Está introduzida nas consultas externas do hospital pediátrico e admite adolescentes dos 10 aos 18 anos. A consulta de enfermagem tem por método de trabalho o enfermeiro de referência que consiste em um modelo de prestação de cuidados que enfatiza a entrega de cuidados de enfermagem completos, individualizados e contínuos por meio de um enfermeiro de referência que assume a responsabilidade do gerenciamento dos aspetos assistenciais de pacientes específicos durante todo o período de internamento ou em ambulatório. Após os 18 anos, a idade da maioridade, são encaminhados para a consulta do hospital de referência da área de residência, em caso de doença crónica, o que não vai ao encontro do preconizado pela Lopes, (2016), que enuncia que a idade pediátrica se estende até aos 21 anos em caso de doença crónica, incapacidade, deficiência ou até a transição para a vida adulta estar assegurada e os jovens entre os 20 e os 24 anos, segundo a definição da OMS (2014). Tem como objetivo melhorar a acessibilidade e a qualidade dos serviços de saúde prestados aos adolescentes.

Através da consulta de infeciologia pude ver muitos casos e com maior destaque VIH, Hepatite C (Co-infecção) e algumas vezes Sífilis. Esta realidade levou-me a realizar uma secção de formação para enfermeiros, ver em (Apêndice 2) revelação do estado de HIV às populações pediátrica e adolescentes, com o enquadramento teórico (Apêndice 3) seguinte e PowerPoint (Apêndice 4).

Após a consulta muitos utentes eram encaminhados para outras consultas como a Consulta de Patologia do Sono. Nesta consulta os adolescentes evidenciavam: ressonar, insónia, sono agitado, muito sono durante o dia, acordar cansado ou sem vontade de se levantar da cama, a falta de concentração nas aulas e baixo rendimento escolar. Muitos afirmam o uso do telemóvel durante a noite a partir das 22 horas em diante e ficam sem sono quando quiserem dormir, só depois de uma hora e que conseguem adormecer. Nesta consulta pude perceber o quanto a privação de sono interfere na saúde, no comportamento dos adolescentes e em particular na qualidade do sono devido os jogos e outras diversões que os meios eletrónicos oferecem. As alterações do sono são muito frequentes em crianças, em particular se tiverem perturbações do desenvolvimento. Por conseguinte

pude também realizar uma secção de formação para os enfermeiros, ver em (Apêndice 5); enquadramento teórico (Apêndice 6) e PowerPoint (Apêndice 7). Tendo também outra oportunidade de estar na consulta de nutrição, o principal realce está relacionado com excesso de peso, obesidade e alguns casos de internamento ligado a anorexia. Nesta consulta verifica-se situações como: comer para além dos horários das refeições e dos lanches, pular refeições, pouco interesse aos exercícios físicos, responder as reações de ansiedade e estresse através da comida. Assim faço um enquadramento teórico sobre alimentação ver em (Apêndice 8).

Tive oportunidade de fazer uma visita guiada pelo Dr. Sérgio Cunha Velho médico nutricionista, a cozinha e armazém de alimentos do Hospital pediátrico de Coimbra. Ver em (Apêndice 9) onde tive vários esclarecimentos sobre nutrição e saúde da criança e do adolescente em volta de uma alimentação saudável e com quantidade e qualidade (Equilibrada). De seguida visitei algumas crianças internada com diagnóstico de anorexia. Com esta vista percebi o quanto o enfermeiro é útil no acompanhamento de uma alimentação saudável através das seguintes ações: ver higiene do espaço onde é confeccionado os alimentos; circuitos dos limpos dos sujos; a forma como são preparados; o equipamento usado na cozinha; ver as quantidades como são calculadas no prato, qualidade da origem dos produtos alimentares, vigiar como a criança/ adolescente mastiga e deglute os alimentos. A enfermagem tem um olhar cada vez, mas integro que valoriza toda condição do ser humano quanto a prevenção da doença e promoção da saúde no sentido de orientar para uma qualidade de vida.

Neste estágio pude consultar os documentos de identificação das normas e protocolos em uso nos serviços que oferecem a promoção da saúde e bem-estar do adolescente, como o Manual de Boas Práticas; linhas orientadoras da Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente; e documento sobre a infeção VIH na criança e no adolescente. Estes foram realmente documentos que pude pesquisar no local de estágio sendo os disponível no serviço e consegui ver o que se preconiza e a pratica clínica. Muitas intervenções de enfermagem, que observei levou-me a uma observação participativa com devidas recomendações destes importantes e indispensáveis documentos.

2.2- UNIDADE DE SAÚDE FAMILIAR-CELAS- SAÚDE

A Unidade de Saúde Familiar (USF)- Celas Saúde foi o segundo local de estágio onde estive 5 semanas, de 27 de Setembro à 29 de Outubro. A consulta do adolescente da USF-Celas Saúde funciona diariamente nos cinco dias da semana, sendo um serviço onde tive a possibilidade de cuidar/assistir/atender mais em situações de forma geral nas várias áreas de saúde na consulta do/ a adolescente. Uma USF é uma unidade de saúde dos Cuidados de Saúde Primários, onde vários profissionais de saúde, incluindo enfermeiros, exercem funções com o objetivo de promover o mais elevado estado de saúde da população inscrita na unidade. O cuidado de saúde primária tem assim o seu foco no centro de saúde, no domicílio/ comunidade. A sua ação é bastante ampliada, e é através do enfermeiro que se podem incentivar os indivíduos/comunidades a participarem nos assuntos da saúde sendo ele um elemento importante na promoção da saúde. Nesse sentido, pode haver uma maior integração entre o serviço e a comunidade, conforme o trabalho educativo que é investido (Monteiro & Ferriani, como citado por Ramos, 2015). Neste sentido, o papel da Enfermagem na Comunidade é ampliado pela estratégia da OMS de “saúde para todos”, com o intuito de alcançar níveis cada vez mais amplos de saúde e favorecer ao ser humano uma vida social e economicamente produtiva e com qualidade (Backes, et al., como citado por Ramos, 2015). É através da Enfermagem Comunitária que se exercem valiosas atividades de Promoção e Prevenção. Na Enfermagem Comunitária há que ter a compreensão do coletivo, ou seja, a apreensão do individual no seu contexto de práticas sociais. Logo, significa reconhecer o indivíduo (ser individual), como um ser social em constante interação com os outros e o meio envolvente, que transforma e é transformado continuamente por meio das relações e interações tornando-se protagonista e autor do processo de saúde-doença em seu contexto real e concreto. Ou seja, é atualmente aceite que é ao nível dos Cuidados de Saúde Primários que a integração das atividades de aconselhamento, promoção e prevenção constituem uma estratégia fundamental para a melhoria da saúde da comunidade. Os avanços dos modelos conceptuais, permitem aos técnicos de saúde, perceber o processo de adoção de comportamentos relacionados com a saúde, e logo, os determinantes em que podem exercer a sua influência. Deste modo, o enfermeiro especialista que presta cuidados na comunidade, fruto do seu conhecimento e experiência clínica assume um entendimento profundo sobre as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas

de saúde. Como tal, intervém em múltiplos contextos, assegurando o acesso a cuidados de saúde eficazes, integrados, continuados e ajustados, nomeadamente a grupos sociais com necessidades específicas, decorrentes de contextos marcados por condições economicamente desfavoráveis ou por diferenças étnicas, linguística e culturais (Lopes, 2016). A melhoria da qualidade dos cuidados de saúde tem sido uma das prioridades em muitos planos de saúde nacionais. Desta forma, Promover a participação e o empowerment dos indivíduos é um dos intentos do Plano Nacional de Saúde 2012-2016 (Ferreira, como citado por Ramos, 2015). Segundo a Conferência de Nairobi, as ações na área da saúde, tendo por base o processo de empoderamento devem ter em conta as necessidades de saúde, culturais e sociais dos indivíduos. Como tal, é dever do Enfermeiro Especialista promover o empoderamento quer individual quer comunitário. Desta forma, no empoderamento individual, a aprendizagem em saúde é fundamental, pois proporciona os meios através dos quais o indivíduo efetua a escolha de comportamentos saudáveis (Ramos, 2015).

O método de enfermeiro de família, Esta em que cada um dos enfermeiros presta cuidados a um grupo determinado de família, ao longo do seu ciclo de vida. Desta forma, cada enfermeiro/a segue uma criança e a sua família desde o nascimento até atingir a idade adulta, acompanhando a sua infância e adolescência, o que vai ao encontro da filosofia de cuidados centrados na família. De acordo com os meus objetivos do projeto pode realizar várias atividades neste local de estágio através da consulta da criança/adolescente e família: inserir-se à equipa multidisciplinar, nomeadamente à Enfermeira de referência; observação da organização da Consulta de Enfermagem de Saúde Infantil e Juvenil e desenvolver competências de EEESIP na consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil. Deste modo, pretendo analisar este percurso através de uma análise crítica e reflexiva sobre as práticas observadas e desenvolvidas ao longo deste estágio, apresentando documentos com fundamentação teórica e aplicação prática, assim como, evidenciar os momentos de aprendizagem significativos no decorrer da componente prática. Durante este ensino clínico comecei por observar consultas de enfermagem de vigilância de saúde infantil, consulta no domicílio bem como outros atendimentos à criança e sua família, nomeadamente para realização de rastreio de doenças metabólicas, vigilância de pesos, administração de vacinas, esclarecimento de dúvidas aos pais, tendo a possibilidade de falar algumas crianças em fases de desenvolvimento infantil e, como

forma de complementar e fundamentar a minha prática, consultei o Manual das Boas Práticas -Saúde Infantil e Juvenil usado na USF Celas-Saúde e protocolos de atuação.

Nos Centros de Saúde Primário, a avaliação do desenvolvimento infantil pode ser simples e eficaz através de uma observação crítica desde que a criança/adolescente ou família entre no gabinete até que sai e particularmente durante a entrevista com os pais ou cuidadores. É muito útil observar a criança sem que ela dê por isso, no colo dos pais ou a brincar, pois isso dá informação fiável acerca do seu desenvolvimento. A escala de avaliação de desenvolvimento de Mary Sheridan, desenvolvida por Mary Sheridan em 1973, dá a conhecer quais os parâmetros normais do desenvolvimento, serve como “padrão de referência da normalidade” e possibilita que a família participe na promoção de desenvolvimento da criança (Araújo, 2016). Mais recentemente e construída com base na escala de avaliação de desenvolvimento de Mary Sheridan, surgiu a Escala de Avaliação das Competências de Desenvolvimento Infantil dos 0 aos 5 anos (Schedule Growing Skills II), reconhecida na literatura mundial por ser um instrumento de avaliação do desenvolvimento infantil altamente sensível e específico. Identifica o nível de desenvolvimento da criança em nove áreas: controlo postural passivo, controlo postural ativo, locomotoras, manipulativas, visuais, audição e linguagem, fala e linguagem, interação social, autonomia pessoal e cognitivas. A sua desvantagem é não estar validada para a população portuguesa, assim como outras escalas de avaliação (Lopes, 2016). Nas consultas de enfermagem de saúde infantil da USF é utilizada a escala de avaliação do desenvolvimento de Mary Sheridan modificada, que avalia o nível de desenvolvimento da criança dos 0 aos 5 anos em quatro áreas: postura e motricidade global, visão e motricidade fina, audição e linguagem e comportamento e adaptação social. “Nem todas as crianças chegam à mesma idade na mesma fase de desenvolvimento” (Menezes et al, 2013, p.57), ou seja, há crianças que atingem estádios de desenvolvimento mais cedo ou mais tarde do que outras. É essencial saber qual o modelo da normalidade e que o desenvolvimento infantil frequentemente ocorre de forma intermitente, com “pulos”. Pois, as aquisições do desenvolvimento devem ser acompanhadas através de um processo flexível, dinâmico e contínuo, tal como o processo de maturação infantil. Deve ocorrer em todos os contatos dos profissionais com a criança e a família e não apenas nas idades-chave (Araújo, 2016). Na USF, tive a oportunidade de presenciar 13 consultas a crianças com 2 meses, 6 meses, 18 meses, 24 meses, 5 anos, 7 anos, 8 anos, e 5 adolescentes com

12anos; 14 anos; 15anos; 16anos, 17anos. A enfermeira de referência, EEESIP, efetua uma breve entrevista com o adolescente e sua família e avaliação do estado de saúde; observação do desenvolvimento psicomotor através da valorização dos comentários dos pais, da história clínica, da avaliação dos fatores de risco e da criança, através do uso da escala de avaliação, tal como recomenda (Araújo, 2016). Porém, a enfermeira de referência não observava isoladamente os dados fornecidos pela aplicação da escalada de avaliação, tal como refere também Araújo, (2016), mas relacionava-os seguindo uma abordagem geral da criança. As consultas proporcionam momentos de grande proximidade com os adolescentes e o estabelecimento de uma relação de confiança com a equipa de enfermagem. Incentiva também a procura do serviço de saúde quando o adolescente tiver necessidade de aconselhamento e esclarecimento. Na consulta do adolescente pude perceber o comportamento deles face ao sono, deita-se tarde por passarem muito tempo com os meios eletrónicos (telemóveis tablets) onde a diversão leva-os a privar-se do sono e devem levanta-se cedo durante a semana para irem à escola e também ouvi a queixa dos pais o quanto é difícil convencer a dormir mais cedo. É nesta situação que procurei fazer uma sessão de formação aos enfermeiros, tal como foi sentida a mesma realidade no primeiro estágio na consulta externa do Hospital Pediátrico ver em (Apêndice 10). O enfermeiro está atento para esclarecimento de uma inquietação que assola a família e assim poderem ser apoiados juntos da Unidade de Saúde Familiar. Ouve, uma necessidade de fazer um ensino aos pais na consulta do adolescente por notar algumas dificuldades nos pais em torno do papel da parentalidade positiva. Os pais, como prestadores de cuidados diretos aos seus filhos, e assumindo que todos os pais são peritos nos seus filhos, exercem uma grande influência no crescimento e desenvolvimento das crianças, pelo que, no que concerne à Saúde Infantil, os enfermeiros têm um papel preponderante na educação e aconselhamento aos pais. Assim, a sua intervenção neste âmbito, visa promover a capacitação dos pais para comportamentos associados à maximização do potencial de crescimento e desenvolvimento dos seus filhos, atendendo ao seu ambiente natural e, apoiando e estimulando a função parental (Ramos, 2016). Conversei com alguns pais sobre a parentalidade positiva, uma vez que percebi a necessidade de falar e mostrar o quanto é fundamental no desenvolvimento da criança e família.

A parentalidade é o conjunto de ações iniciadas pelos pais ou prestadores de cuidados, junto dos seus filhos no sentido de promover o seu desenvolvimento, utilizando os recursos que dispõem dentro da família, e na comunidade (Cruz, 2005). O conceito de parentalidade é recente e abrangente, pois a própria intervenção na parentalidade é, também recente. Numa perspetiva de evolução, a parentalidade apresenta-se como objeto de estudo de importância fulcral, tendo em conta o desenvolvimento da criança. No núcleo familiar a criança desenvolve as competências cognitivas, motoras, sociais e afetivas necessárias a um crescimento harmonioso. A parentalidade positiva, nos termos da Recomendação nº 19 do Conselho da Europa, ocupa-se em ajudar as famílias no desenvolvimento de padrões de relacionamento saudáveis com os filhos, no exercício da autoridade, do diálogo, no respeito e numa educação pelo afeto, através da aquisição de competências relacionais (Abreu et al., 2010). A parentalidade é positiva, quando a mesma apresenta padrões emocionais positivos para os filhos.

A família é uma estrutura que favorece a formação, o crescimento e aquisição de dimensões importantes da relação, através do convívio, da comunicação e da linguagem entre os seus membros. É através dessa relação e interações, neste caso entre pais, cuidadores e filhos, que as crianças aprendem o sentido de autoridade, assim como gerir os conflitos existentes e inerentes às mesmas, e reconhecer seu papel como filho e de pertença à sua família. Dentro dessa estrutura familiar, ou parental, ainda são dadas algumas funções aos pais ou cuidadores, que visam educar e proteger os filhos. O nascimento de um filho, o casal tem de desenvolver novas competências para saberem se ajustar às mudanças que vão ser geradas com os novos papéis assumidos por eles. E que nessa nova fase, o casal passará por uma transformação para adaptar-se aos novos conceitos de si mesmos (papéis parentais) e do outro; vai também saber lidar com as emoções em relação ao bebé, e aos cuidados essenciais do mesmo (Abreu et al., 2010). Essas diversas ações ou papéis que são desempenhados pelos pais ou cuidadores, dão resposta ao desenvolvimento e às necessidades físicas, emocionais e psicológicas dos filhos, utilizando todos os recursos que estejam disponíveis dentro e fora da família. Uma vez que uma parentalidade, com boa qualidade, vai ter um papel significativo no desenvolvimento dos filhos.

Durante este estágio, tive oportunidade de observar algumas mães a amamentarem, aprofundei os meus conhecimentos acerca da amamentação e fiquei desperto para aspetos

importantes que não considerava até então. Nós enfermeiros, não restam dúvidas, e em cuidados de saúde primários, de forma particular, ocupamos um lugar especial e preponderante no incentivo à amamentação, bem como no apoio e aconselhamento às mães que amamentam e pretendem amamentar o seu filho. Em muitos documentos da OMS e do Fundo das Nações Unidas para as Crianças (UNICEF) encontramos a frase “Amamentar salva vidas”, há algum tempo que estão comprovadas as várias vantagens do leite materno, entre as quais se destacam para o bebé: a prevenção de infeções gastrointestinais, respiratórias e urinárias, o efeito protetor sobre as alergias, nomeadamente as específicas para as proteínas do leite de vaca, uma melhor adaptação a outros alimentos, a prevenção de doenças crónicas (diabetes e linfomas), e para a mãe o aleitamento materno facilita uma involução uterina mais rápida, encontra-se associada a uma menor probabilidade de cancro da mama, entre outros, e permite à mãe sentir o prazer único de amamentar. Para além de tudo isto, constitui-se ainda como o método mais barato e seguro de alimentar os bebés e, na maioria das situações, protege as mães de uma nova gravidez. A amamentação pode ser considerada um desafio, para cada mulher que acaba de ser mãe, pertence à natureza humana, mas não é instintivo, requer aprendizagem e beneficia de acompanhamento adequado. O ato de amamentar deve ser agradável para ambas as partes, contudo, as características individuais e experiências de vida de cada mulher podem fazer com que seja contra, ou não se sinta preparada para esta tarefa. Acrescentando o facto que, se uma mãe com esta opinião não for apoiada pelas pessoas que a rodeiam é provável que falhe na sua tentativa de amamentar (Brazelton, como citado por Galvão, 2006).

A nível mundial verifica-se que, a prática da amamentação está muito longe de corresponder ao preconizado pela OMS, que recomenda a amamentação exclusiva desde o nascimento até aos 6 meses de idade e a manutenção da amamentação com alimentos complementares até aos 2 anos de idade ou mais (Galvão & Silva, 2011).

Estes autores referem ainda que, em Portugal, a prevalência do aleitamento materno é baixa, não sendo satisfatória. Embora nos primeiros dias de vida a sua incidência seja muito alta (95%), sofre uma redução muito rápida para atingir os 50% ao mês de idade. Este abandono precoce da amamentação é desvantajoso, sendo prioritário apostar cada vez mais em medidas de promoção da amamentação, junto dos próprios profissionais de saúde e estes junto da população.

Esta situação pode estar relacionada com vários fatores, nomeadamente o facto de a mãe ter de regressar à sua atividade profissional muito cedo, como resposta a pressões sob pena de ser penalizada no próprio local de trabalho e em termos financeiros, pelo que é de extrema importância a revisão das políticas de incentivo à maternidade e paternidade. Esta afirmação é corroborada por Pedroso e Galvão (2011), após a realização de um estudo acerca da manutenção da amamentação por parte das mães aquando do regresso ao trabalho, concluíram que 7,6% das mães amamentaram até aos 6 meses e apenas 1,3% das mães amamentaram até aos 18 meses de idade. Das mães incluídas no estudo, 13,9% realizaram a introdução da diversificação alimentar aos 6 meses de idade, e 34,2% das mães referiram o regresso ao trabalho como primeiro motivo para a introdução de outros alimentos na dieta da criança, para além do leite materno.

De acordo com Levy e Bértolo (2012), para que o aleitamento materno exclusivo seja bem-sucedido é importante a conjugação de três fatores: a decisão de amamentar, o estabelecimento da lactação e o suporte da amamentação.

A decisão de amamentar é pessoal, podendo estar relacionada com experiências anteriores, com a influência do companheiro, amigas ou profissionais de saúde e com o conhecimento próprio das vantagens do aleitamento materno. Os profissionais de saúde devem esclarecer as mães sobre as vantagens do aleitamento materno para o bebé e para a mãe, realçando que este é um direito e um momento de prazer para a díade. Levy e Bértolo (2012) acrescentam que o 3º trimestre da gestação constitui a altura ideal para se discutir com a mãe o regime alimentar do bebé.

Quanto a alimentação fiz o ensino aos pais sobre tudo aos de “primeira viagem” e primeira consulta nesta Unidade, apresentei o folheto sobre estilo de vida saudável feito pela USF-Celas Saúde ver em (Anexo 1) e proposta de diversificação alimentar (Anexo 2).

Pude perceber a nível emocional e físico que os adolescentes que vão ao Hospital apresentam-se, mas tímido, nervoso ou tristes e muitas vezes com uma postura debilitada, por ser uma consulta em situação de doença. Já os adolescentes que vão a Unidades de Saúde Familiar, mostram um semblante, mas alegre, menos nervoso, mas comunicativo e uma postura, mas vigorosa, por ser uma consulta normalmente de vigilância.

2.3- COMPETÊNCIAS DESENVOLVIDAS

EEESIP, utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados. A especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica detém o seu espaço de intervenção em torno de uma fase crucial do ciclo vital, a qual compreende o período que medeia do nascimento até aos 18 anos de idade. Em casos especiais, como a doença crónica, a incapacidade e a deficiência, pode ir além dos 18 anos e mesmo até aos 21 anos ou 25 anos, até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso.

O EEESIP trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como reconhece e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa. A performance como especialista traduz -se na prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, procurando responder globalmente ao “mundo” da criança, bem como trabalhar no sentido de remover barreiras e incluir instrumentos de custo efetivo e gestão da segurança do cliente. São áreas de atuação própria a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança; a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de risco, suicídio, violência e gravidez; a promoção da autoestima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde. Competências específicas do EEESIP.

As competências do EEESIP são as seguintes:

- a) Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde;
- b) Cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade;
- c) Presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem.

A definição do percurso de estágio implicou desde o primeiro momento o desenvolvimento de competências a diferentes níveis:

- competências específicas de EEESIP (Regulamento nº123/2011);
- competências atribuídas àquele que possui o grau de mestre, deter conhecimentos e compreensão; aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas, integrar conhecimentos, lidar com situações complexas e desenvolver soluções; comunicar as conclusões, os conhecimentos e raciocínios subjacentes; desenvolver competências que permitem uma aprendizagem ao longo da vida.

Para Phaneuf (2005), competência inclui habilidades cognitivas, psicomotoras e sócio afetivas que, de uma forma integrada, permitem exercer um papel, função, tarefa ou atividade. A competência afirma-se na complexidade das situações reais, nas quais se é capaz de utilizar os conhecimentos de uma forma pertinente, adequada, eficaz e responsável. No entanto, expõe que no domínio do cuidar podemos considerar vários níveis de competência iniciado, iniciado avançado, competente, proficiente e perito. Evidencia que o enfermeiro perito passa do estado de compreensão da situação ao ato apropriado sem necessitar de se apoiar em princípios analíticos porque tem uma grande capacidade de adaptabilidade, utilizando e adequando experiências consistentes em situações atuais idênticas. Segundo a OE (2010), o Enfermeiro Especialista é aquele que detém um conhecimento aprofundado num domínio específico da enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, e mostra níveis elevados de julgamento clínico e tomada de decisão, traduzidos num conjunto de competências especializadas relativas a um campo de intervenção (Regulamento nº123/2011, p.8648). A passagem por diferentes contextos de estágio e a análise reflexiva da minha prática contribuíram para o desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista e para uma prática de enfermagem avançada baseada na evidência, no sentido da excelência dos cuidados e da promoção do desenvolvimento da Enfermagem enquanto disciplina. Relativamente às competências comuns de EE no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, baseei sempre a minha intervenção e processo de tomada de decisão nos instrumentos reguladores da profissão, o Regulamento dos Padrões de Qualidade e nos Guias Orientadores de Boas Práticas referentes aos cuidados de enfermagem à criança e ao jovem como, por exemplo, na consulta do adolescente

concretamente na entrevista motivacional e na promoção da saúde no desenvolvimento infantil. Mostrou caminhos orientadores na construção das minhas competências no domínio da consulta do adolescente na maneira de abordar vários assuntos que promovam a saúde do adolescente e a apoiar a família na procura de melhores respostas para uma qualidade de vida, passando pela ajuda dos profissionais de saúde em particular da área de enfermagem.

Pude desenvolver competências comunicacionais, com a equipa multidisciplinar, com os adolescentes e família. Pude aumentar a capacidade de falar e guiar assuntos de promoção educação para saúde. Para refletir e abordar a temática da educação para a saúde é necessário analisar previamente o conceito de educação. Antunes (2008) considera que a educação deve ser percebida como uma dimensão da própria existência, que, enquanto processo de construção autoparticipada, se realiza ao longo da vida e em função das experiências factuais e culturais. É de destacar a importância que o ambiente socioeconómico e cultural tem na construção do indivíduo e no desenvolvimento da sua educação. Carvalho (2006), salientam que a educação engloba o desenvolvimento das capacidades do homem e constitui o fator base do melhoramento dos indivíduos, das comunidades e do seu nível de saúde e educação. Outro conceito de relevo nesta temática é o de prevenção. Andrade considera que “o conceito de prevenção está longe de ser claro, de modo que a sua aceitação deve decorrer dos aspetos específicos que cada um dos seus níveis operacionais comporta” (Andrade, 2001, p.19). De facto, podemos enumerar três níveis de prevenção: Primária, Secundária e Terciária. O primeiro nível corresponde ao período pré-patogénico e tem como finalidade evitar a ocorrência da doença através da promoção da saúde. A prevenção secundária, como refere Andrade (2001), compreende na adoção de medidas de prevenção, de diagnóstico e de tratamento precoce. Aqui, o principal objetivo é diagnosticar o mais precocemente possível a doença de forma a ajudar e a acelerar o tratamento para que as sequelas sejam nulas ou mínimas. Finalmente, temos a prevenção terciária, que se aplica quando a doença progride de tal forma que se verificam já sequelas. Nesta situação, resta a reabilitação de forma que se recobre ao máximo a capacidade do indivíduo e se diminuam as limitações. De facto, na temática da educação e Promoção da Saúde, quando se refere o conceito de prevenção, a ênfase está na prevenção primária, já que o que se deseja é que a doença não se venha a verificar. Em 1978 teve lugar na Ex-URSS a Conferência Internacional sobre Cuidados Primários de

Saúde. Esta deu ênfase à necessidade de Promoção da Saúde de todos os povos do mundo. Na declaração de Alma-Ata lê-se que: “A promoção e a proteção da saúde dos povos é essencial para o contínuo desenvolvimento económico e social e contribui para a melhor qualidade de vida e para a paz mundial” (UNICEF, 1978, p.1). Este documento considera que a saúde é um direito humano e que para que esta se verifique é necessária a ação de outros sectores para além do da saúde, nomeadamente os sectores económico e social. O nível socioeconómico elevado constitui um fator protetor da saúde de um indivíduo, sendo de notar que a pobreza e a doença se inter-relacionam. Na mesma declaração pode-se ler que: “É direito e dever os povos participar individual e coletivamente no planeamento e na execução dos seus cuidados de saúde” (UNICEF, 1978, p.1). De facto, o principal responsável pela sua saúde é o próprio, na medida em que são os seus comportamentos, preferências e atitudes que o protegem ou comprometem. O ênfase e a responsabilidade deixa de estar no médico e passa a estar no próprio indivíduo, o que mostra uma mudança de padrão. Em 1986 decorre em Ottawa a primeira conferência sobre Promoção da Saúde e na qual se publica uma carta cuja meta é Saúde para Todos no ano 2000. A “Promoção da Saúde é o nome dado ao processo de capacitação da comunidade para atuar na melhoria da sua qualidade de vida e saúde, incluindo uma maior participação no controle deste processo.” (OMS, 1994, p.1) Com este processo, o que se deseja é que o indivíduo detenha e tenha recursos que lhe permitam aumentar a sua saúde e o seu bem-estar; responsabiliza-se o próprio e dá-se uma maior relevância ao indivíduo. A Promoção da Saúde abrange distintas medidas e abordagens, nomeadamente legislação, medidas fiscais, taxações e mudanças organizacionais. Aqui nota-se o papel preponderante do enfermeiro como agente de educação e promotor da saúde, para uma qualidade de vida do cidadão e neste contexto dos adolescentes. Ter foco na prevenção é primar para menos custos e mais saúde.

Pude acompanhar as enfermeiras na consulta de saúde primária na comunidade de maneira geral, administração de vacinas, avaliar o crescimento e registar em suportes próprios; incentivar a adoção de comportamentos promotores de saúde (nutrição adequada, prática regular de exercícios físicos, brincar, gestão de stress, prevenção de consumo nocivos, adoção de medidas de segurança reduzindo o número de acidentes); promover a imunização contra doenças transmissíveis, a saúde oral e o aleitamento materno; prevenir as perturbações emocionais e do comportamento, os acidentes, os maus hábitos e maus

tratos; promover o desenvolvimento pessoal e social e a auto determinação das crianças/adolescentes/jovens e apoiar e estimular o exercícios adequado das responsabilidades parentais e promover o bem estar-familiar. Neste vários assuntos pode desenvolver as minhas competências com pesquisa e com a observação participativa, permitiu-me refletir sobre alguns dos fatores facilitadores para aprendizagem e sobretudo na evolução das minhas competências de EEESIP.

Com as competências adquiridas durante o percurso da formação curricular e em particular nos dois locais de estágio, quero levar para minha prática profissional enquanto professor de enfermagem algo novo e que faz toda diferença para mim e para formação dos futuros enfermeiros. Por não ter visto no meu país, uma consulta de enfermagem específica do adolescente com as qualidades que pude ver nos locais de estágios. Salientando as minhas competências durante este estágio, tenho a dizer na minha modesta visão que consegui ser: comunicativo, sensível, criativo, compreensivo, aberto ao diálogo e acima de tudo estar atento aos pequenos gestos que podiam ajudar na saúde de cada um com empatia, compaixão e valor da dignidade da pessoa humana. devemos desenvolver outras competências que consideramos importante sublinhar: capacidade de adaptação uma vez que o processo de planeamento em saúde não é fixo e pode alterar a qualquer momento; capacidade de decisão perante situações imprevistas devendo atender à evidência científica com responsabilidade e ética; capacidade de criar uma relação de ajuda de forma a esclarecer, orientar e aconselhar apoiar os adolescentes no âmbito da temática; capacidade de liderança na orientação das sessões de formação e a realização do projeto; capacidade de síntese de forma a dirigir com precisão e exatidão as informações necessárias nas apresentações das sessões de educação para a saúde bem como na realização do relatório e capacidade de análise e reflexão na prática profissional desenvolvida na área de Enfermagem em Saúde Infantil e Pediatria, nos problemas e necessidades identificados assim como nas estratégia delineadas e na elaboração do presente relatório.

Os aspetos éticos inerentes a todos direitos e deveres são chamados a levar o verdadeiro sentido do valor da dignidade da pessoa humana em toda situação que possa atravessar. A enfermagem não passa despercebido nesta matéria, uma vez em que o seu foco é o bem-estar da pessoa promovendo saúde e prevenir a doença; pude ter em atenção salvaguardar em cada momento de intervenção o bem maior que é a vida. Considero que,

nas atividades que desenvolvi nos locais de estágio demonstrei sempre respeito pelos princípios éticos, salvaguardando a autonomia, a privacidade, a intimidade e a confidencialidade das crianças e dos adolescentes. Na prestação de cuidados à criança e adolescente respeitei sempre os princípios éticos da autonomia, privacidade, confidencialidade e sigilo (OE, 2010).no que se refere ao princípio da autonomia, o adolescente precisa de vivenciar todas as etapas do desenvolvimento moral, para tomar decisões com maturidade e responsabilidade, tendo tido esse aspeto em consideração ao realizar a entrevista ao adolescente. Segundo o Código Penal Português, nº 3 do Artigo 38º, considera-se que, após os 14 anos, o adolescente já é capaz de tomar uma decisão de teor ético (OE, 2010). A informação que os adolescentes me transmitiram não foi partilhada com os pais, salvaguardando o princípio da confidencialidade, exceto se houvesse uma situação de risco para a vida do adolescente. Neste caso, este deveria ser informado e envolvido na decisão (OE, 2010). Relativamente aos cuidados que prestei a crianças e suas famílias, considero que o fiz sem qualquer discriminação, salvaguardando os seus direitos, sem juízos de valor, tratando a informação de forma confidencial e respeitando a intimidade e a privacidade. Desta forma, fui ao encontro dos seguintes artigos do código deontológico da OE (2009, p.3): o artigo 81.º, que refere que o enfermeiro deve “cuidar da pessoa sem qualquer discriminação (...)”, “salvaguardar os direitos das crianças (...)”, “abster-se de juízos de valor sobre o comportamento da pessoa assistida e não lhe impor os seus próprios critérios e valores (...)”; o artigo 85.º, que refere que o enfermeiro deve “considerar confidencial toda a informação acerca do destinatário de cuidados e da família (...)” e o artigo 86.º, que enuncia que o enfermeiro deve “respeitar a intimidade da pessoa (...)” e “salvaguardar sempre (...) a privacidade e a intimidade da pessoa”. (OE, 2009).

CAPÍTULO III- SÍNTESE REFLEXIVA

Todo percurso feito dentro de um currículo formativo do nosso interesse oferece momentos de aprendizagem para responder as nossas expectativas. Aprendizagem é um processo pelo qual as competências, habilidades, conhecimentos, comportamentos ou valores são adquiridos ou modificados, como efeito de estudo, experiência, formação, raciocínio e observação.

Das aprendizagens profissionais adquirida durante o decorrer dos dois estágios, o conhecimento obtido na realidade da consulta do adolescente, após várias pesquisas aprendi como devo dirigir-me ao adolescente e sua família no contexto da promoção e prevenção da doença; realização das sessões de formação para os enfermeiros e que permitiram apreender novos conhecimentos e técnicas metodológicas; realização da narrativa da literatura dos cuidados de saúde em diferentes valências e consulta de enfermagem direcionada para o adolescente. Assim sendo, é importante referir as dificuldades sentidas durante o decorrer de ambos os estágios, da realização e execução do projeto e realização do relatório final que nos permitiram desenvolver as capacidades abaixo descritas. Conseguir a escuta ativa e por último focar a atenção dos adolescentes para a importância da promoção da saúde e prevenção da doença, foi um dos maiores desafios durante todo o projeto, não querer fazer mudanças no estilo de vida sobretudo na questão do sono, alimentação e uso excessivo dos meios eletrónicos.

Este estágio ofereceu-me uma oportunidade de aprendizagem, levada que superou as minhas expectativas na medida que pude conciliar a teoria através da revisão da literatura com a prática. Permitiu desenvolver as minhas capacidades de intervenção de enfermagem e um atuar didático - pedagógico nas várias situações encontradas nos locais de estágios; pode ver o quanto a enfermagem vai longe com o seu saber e um despertar as necessidades de cuidar da saúde em todo lugar onde há presença de pessoas e ação humana. As minhas intervenções passaram por observação, observação participativa e em

algumas situações tive a possibilidade de intervir de forma independente com autorização da enfermaria de referência. Nesta senda do adquirir e aprender senti um grande crescimento a nível pessoal (competências e habilidades). Notei uma realidade totalmente diferente, a nível de organização, prática e tecnologia em relação Angola. Isso leva-me a mais empenho e dedicação diante destes desafios que tenho de enfrentar com coragem, força e motivação. Os pequenos avanços que fiz e farei cada vez mais é para mim uma grande vitória, olhando para a minha realidade e sei que daqui para frente terei outra visão melhor para enriquecer a minha profissão e ajudar os adolescentes que serão a minha “menina dos olhos”. Cada falha ou erro que cometo sinto a responsabilidade de tomar consciência de fazer melhor com as experiências de cada dia. Portanto este estágio foi, mas um caminho de aprendizado e aumentar o meu conhecimento para uma desenvoltura desta grande jornada formativa. Toda dificuldade sentida faz parte do percurso.

Garantir a qualidade nos cuidados, além de fazer parte integrante da prática diária de enfermagem representa uma exigência legal da profissão. Sendo assim, a OE (2011) realça que, quando o exercício profissional do Enfermeiro Especialista em Saúde da Criança e do Jovem assenta na procura contínua de excelência profissional, contribui concomitantemente para a máxima eficácia na organização dos cuidados. Aprender aprendo é uma jornada de cada dia para servir sempre melhor. Notei que consigo prestar assistência na saúde da criança e do adolescente com empatia e compaixão. Após refletir sobre os objetivos propostos no projeto de estágio considero ter atingido os objetivos inicialmente propostos e ter desenvolvido competências essenciais como Mestre em EEESIP “Projetar mudanças a implementar no contexto profissional como Enfermeiro Especialista (EE) em áreas críticas da promoção da saúde e prevenção da doença em adolescentes em Angola” exige a implementação de sistemas que promovam a melhoria contínua requer conhecimento novo, o que implica adotar uma perspetiva criativa e não reativa face a novas aprendizagens. Exige autoconhecimento e novas perspetivas em direção a melhores resultados e não apenas adquirir informação (Machado, 2013). Decidi, ao exercer a minha profissão dar minha maior atenção e investimento formativo na minha consulta de enfermagem com adolescente. É mais fácil que o adolescente se desloque à unidade de saúde incentivado e acompanhado pelos pais, que, ao serem devidamente envolvidos e capacitados têm uma influência protetora, de acordo com Hockenberry & Wilson (2014). No empoderamento que o enfermeiro dá à família do adolescente deve

haver um equilíbrio entre a autonomia individual crescente do adolescente, uma diminuição do controlo parental e uma responsabilização progressiva ao adolescente (Hockenberry & Wilson, 2014). No entanto, como ressalva o atual PNSIJ, quando o adolescente ou a família verbalizasse que queria que fosse atendido sozinho, sempre permiti ou continuar a permitir que tal acontecesse, assegurando a privacidade e a confidencialidade infantil e juvenil. A inovação, que em saúde toma como pressuposto a melhoria contínua da qualidade, parte necessariamente da análise da prática profissional. Para que haja qualidade em saúde no exercício da prática profissional deve constar valores e princípios tais como, a justiça, a centralidade no cliente, a inovação e mudança e ainda, a aplicação da melhor evidência. Para que haja eficácia na promoção da saúde, em pediatria, pressupõe, como recomenda a OE (2011), a existência de um sistema de melhoria contínua da qualidade do exercício profissional dos Enfermeiros Especialistas em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, sistema este ainda quase inexistentes na realidade Angola. Neste relatório, também pretendendo apresentar propostas de melhorias com base no “Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem”, encarando sempre a família como alvo de suas intervenções. Dessas melhorias, podemos especificar em sessões de formação, para a equipa de enfermagem.

Perante a sessão de formação para os enfermeiros, o foco se encontra voltado para a sensibilização da equipa sobre a importância da consulta do adolescente e o papel da família como alvo da promoção da saúde como tenho no plano de formação. Outra proposta seria criar uma rede específica que permitiria contacto dos pais com profissionais experientes, no sentido de esclarecer as suas dúvidas que os deixam muito preocupados.

Para poder melhorar a acessibilidade do adolescente aos serviços de saúde em Angola, no futuro espero poder implementar um horário de atendimento específico para adolescentes, à semelhança do que vi nos meus locais de estágios onde percebi os benefícios da consulta de enfermagem virada para a saúde do adolescente uma vez que Angola tem um número muito alto de criança, adolescente/jovem e noto pouca assistência, nisto quero procurar fazer a diferença tendo em conta toda gama de conhecimento que adquiro na minha formação em Enfermagem de Saúde Infantil Pediatria.

As dificuldades dos jovens/adolescentes constitui um indicador importante, que, por sua vez, reflete o nível de desenvolvimento socioeconómico, os níveis de saúde e as condições de vida em Angola. Assistência específica para consulta do adolescentes no sentido de promover a saúde e prevenir a doença de forma regular é ainda um desafio para os serviços de saúde continuando a faixa juvenil merecendo atenção especial sendo um país com uma taxa de natalidade alta e com muitos jovens. Os jovens constituem a maioria da população angolana e a camada com maior e mais rápido crescimento proporcional da população. A junção dos grupos etários dos 0-14 anos de idade e dos 15-24 anos de idade, representa uma população extremamente jovem, correspondendo a cerca de 65% da população residente. O fosso entre jovens e idosos é enorme, onde apenas 2% da população tem 65 ou mais anos. A população jovem é reconhecida como uma oportunidade para renovar o capital social e económico. Angola tal como em alguns países da África Subsaariana tem um grande reservatório de talento jovem e vai continuar a desfrutar deste bónus nos próximos 15-20 anos, se investimentos forem feitos para que os jovens alcancem o seu pleno potencial. (Jornal de Angola, 2017) contudo graças aos esforços dos dirigentes se tem feito um alguma coisa para melhoria da saúde da criança e do jovem a traves do Serviço Nacional de Saúde, no entanto, estes esforços não são suficientes, pois, é preciso também focar na melhoria da qualidade de vida dessa população, cujo resultados revertem em ganhos não só para o adolescente/ jovem e sua família, como também para o país e em particular no sistema de saúde em seus diversos aspetos. Para que esses ganhos sejam sensíveis, deve fazer parte da organização da assistência uma atenção integral na saúde do adolescente/jovem, priorizando um acompanhamento que leva o desenvolvimento saudável do adolescente nos diversos âmbitos de promoção, tendo em conta a realidade do país e as necessidades inerentes a essa população.

Para assegurar a eficácia na melhoria contínua da qualidade de saúde nessa população, também é imprescindível que se criem modelos de organização compatíveis com o contexto de cada país e que seja promissor de respostas favoráveis tanto a curto como a longo prazo. É preciso criar condições para dar um verdadeiro espaço com dignidade para colher o adolescente e sentir-se confortável e ouvido nas suas diversas situações tanto a nível de comportamentos de risco, doenças, promoção da saúde. Fazer destas consultas de enfermagem virada para o adolescente um espaço de privilegiado para uma escuta e

orientação apropriada para o jovem sentir-se bem, ter confiança e segurança para voltar nas próximas consultas.

Como é evidenciado na literatura, a Enfermagem é uma área imprescindível nas organizações de saúde, com um peso preponderante no que tange à organização da assistência ao utente, o que lhe confere um papel de destaque no SNS. Isto implica focar em um sistema que priorize além da formação de quadros, a formação contínua, apetrechando os profissionais de competências para fazerem face às exigências atuais, com base na mobilização dos recursos disponíveis. Foi com base nesse pressuposto que incluí neste estágio este pequeno capítulo que se foca em algumas propostas de melhorias imprescindíveis para o desenvolvimento da saúde do adolescente com base nos melhores caminhos para assistência que eleva a qualidade de vida dos jovens.

CONCLUSÃO

Áreas críticas da promoção da saúde e prevenção da doença em adolescentes é um tema alvo de uma preocupação crescente uma vez que precisamos apoiar os adolescentes em certas escolhas que colocam em risco a sua saúde. A adolescência é uma etapa fundamental do desenvolvimento humano, é uma fase de descobertas e construção de valores, na qual o jovem busca novas experiências e a afirmação de sua identidade. É o momento em que interroga seus valores e seus sonhos, tornando-se importante afastar-se da família, ter autonomia e estar perto de seus pares, de seus amigos, com quem compartilha suas descobertas e medos. Quer ter novas sensações, testar seus limites, saber até onde pode ir, (Silva et al., 2011). Assim, a sua responsabilidade é grande e o seu campo de atuação alargado. Todo o percurso apresentado surgiu de uma problemática identificada da saúde do adolescente em Angola concretamente na promoção da saúde e prevenção da doença tendo percebido a falta da consulta de enfermagem centrada no adolescente, e da necessidade de desenvolver competências científicas, técnicas e humanas para a conceção ao apoio na saúde da criança, ao jovem e à família, nos dois contextos de estágio definidos. O percurso de estágio foi muito enriquecedor, permitindo a vivência de experiências que contribuíram para o meu desenvolvimento profissional e pessoal. O recurso à prática reflexiva, à pesquisa, na procura da evidência científica, contribuiu para o desenvolvimento do julgamento clínico e tomada de decisão baseada numa prática de enfermagem avançada. Finalizado este percurso verifiquei que, em todos os contextos, os enfermeiros têm por base a filosofia da enfermagem pediátrica, nomeadamente na promoção da saúde e prevenção da doença. Portanto com este capítulo considero ter dado resposta aos objetivos: I-Aprofundar conhecimentos sobre adolescência e o II-Aprofundar conhecimentos nas áreas que carecem de intervenção especializada junto do adolescente em matéria da promoção da sua saúde e bem-estar (Comportamentos protetores da saúde, VIH e outras IST's e a gravidez não planeada, alimentação, atividade física, quantidade e qualidade do sono, lesões, saúde mental, comportamentos de dependência. Dada a formação do enfermeiro é um dos profissionais

com maior capacidade para promover a saúde de maneira geral como no Hospital, na Unidade de Saúde e na Escola.

É importante relembrar que o impulso para a realização deste estágio foi a necessidade de aprofundar conhecimentos sobre Áreas críticas da promoção da saúde e prevenção da doença em adolescentes: contributo para uma intervenção de enfermagem e seguidamente projetar mudanças a implementar no contexto profissional como EEESIP em Angola.

Os diferentes campos de estágios foram ambientes ricos e reveladores de novas experiências e aprendizagens no que concerne promoção da saúde e prevenção da doença em adolescentes, promovendo a autoformação fundamentada numa atitude crítica e reflexiva, com base em evidência científica. O determinante da qualidade e segurança da promoção da saúde e cuidados nessa população é a forma de promoção da saúde e prevenção da doença em adolescentes envolvidos, em comportamentos de risco. Este estágio deu resposta aos meus objetivos: III-Prestar cuidados de enfermagem especializados ao adolescente em resposta às necessidades de promoção de saúde e bem-estar nas áreas Comportamentos protetores da saúde, VIH e outras IST's e gravidez não planeada, alimentação, atividade física, quantidade e qualidade do sono, lesões, saúde mental, comportamentos de dependência IV-Promover ações de formação dirigidas à equipa de enfermagem cuja temática passe pela promoção da saúde do adolescente V-Refletir sobre o papel do EEESIP nos distintos locais de estágio na promoção da saúde do adolescente e por fim no terceiro capítulo, encontra-se a síntese reflexiva.

Verifiquei que a equipa de enfermagem é sensível a promoção da saúde e prevenção da doença em crianças/ adolescentes criando um ambiente que ajude o desenvolvimento seguro do adolescente, assegurando intervenções relacionadas com o controlo de alimentação, sono, cuidados com as drogas, tabaco, acidentes de viação, VIH e outras IST's e gravidez. Uma parceria em com os pais para melhores e resultados na saúde do adolescente e da família.

Presenciar na prática situações de comportamento de risco na saúde do adolescente tendo em conta as filosofias do serviço, permitiu-me integrar linhas orientadoras para desenvolver intervenções simples acessíveis e com custos mínimos, que além de contribuir para a redução de comportamentos críticos na saúde do adolescente, também contribuem para melhorar a qualidade de vida destes e das suas famílias, pois o que pude verificar nas Consultas Externas do Hospital Pediátrico de Coimbra e na Unidade de

Saúde Familiar - Celas saúde em todos os âmbitos de atuação, foram práticas de enfermagem promotoras de promoção da saúde e prevenção da doença em adolescentes de acordo com evidências científicas recentes. Constatei que obter resultados satisfatórios na promoção da saúde e prevenção da doença nos adolescentes vai muito além de uma conversa eficiente das consultas do adolescente, isto é, implica que haja uma mudança de paradigma na saúde da criança/ adolescente e família, de modo que essas intervenções trabalhem de forma organizada e interligada. Pude ver o quanto, é visível o papel do enfermeiro na motivação, dinâmica da promoção da saúde do adolescente no ambiente seguro e confortável de tal maneira que oferece confiança no adolescente e família.

Com a revisão narrativa foi possível resumir orientações para implementação de estratégias promotoras da consulta de enfermagem centrada no adolescente, oferecendo bons resultado para poder estar, mas próximo do adolescente em questões de saúde, oferecendo apenas mudanças de atitude na qualidade de vida. Falar com os adolescentes não é tao fácil e ainda mais quando o assunto é mudanças de comportamento que colocam em risco a sua saúde. O menos que mostram na consulta e sair o mas rápido possível do consultório ir embora, mas as ferramentas no guia de boas praticas, são orientações uteis para êxito na consulta do adolescente.

O enfermeiro especialista em saúde infantil encontra-se numa posição privilegiada nesse domínio de educação e promoção da saúde, estando habilitado a trabalhar em parceria com o adolescente e família, em qualquer contexto, promovendo o mais elevado estado de saúde possível e prestando cuidados a um nível avançado de segurança e competência (OE, 2015).

Os diferentes campos de estágios foram ambientes ricos e reveladores de novas experiências e aprendizagens no que concerne à promoção da saúde e prevenção da doença em adolescentes, promovendo a autoformação fundamentada numa atitude crítica e reflexiva, com base em evidência científica. O determinante da qualidade e segurança da promoção da saúde e cuidados nessa população é a forma de promoção da saúde e prevenção da doença em adolescentes envolvidos, em comportamentos de risco.

Refletir criticamente sobre o papel do EEESIP nesta temática implica pensar em filosofias de promoção da educação para saúde e para vida, como resultado de orientação ou apoio que promovem um crescimento e desenvolvimento saudável em contextos diferentes

onde se prestam a consulta do adolescente e em outros locais onde é possível ação do enfermeiro, como escola, instituições de acolhimento.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abreu, I., Alarcão, M., Almeida, A. T., Brandão, M. T., Cruz, O., Gaspar M. F., & Santos, M. R. (2010). Avaliação de intervenções de educação parental: Relatório 2007 - 2010. Recuperado de <https://www.cnpdpcj.gov.pt/documents/10182/14804/Avalia%C3%A7%C3%A3o+de+Interven%C3%A7%C3%B5es+de+Educa%C3%A7%C3%A3o+Parental/3adb734e-d851-40d0-bebd-12de4da307e9>
- Al-Hazzaa, H. M., Musaiger A. O., & Qahwaji, D. M. (2014). Lifestyle correlates of self-reported sleep duration among Saudi adolescents: a multicentre school-based cross-sectional study. *Child Care Health*, 40(4), 533-542. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23521148/>
- Almeida, M. C. (2003). Uso de contraceção por adolescentes de escolas públicas na Bahia. *Revista Saúde Pública*, 37(5), 566-575. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/rsp/a/bDGBr5ZhXNTdRLShZ8Xnpf/?lang=pt>
- Andretta, I. & Oliveira, M. (2005). A técnica de entrevista motivacional na adolescência. *Psicologia clínica*, 17, 127-139. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?pid=S0103-56652005000200010&script=sci_abstract
- Antunes, N. L. (2019). *Sentidos: O grande livro das perturbações do desenvolvimento e comportamento* (3ª ed.). Córdova, Portugal: Lua de Papel.
- Araújo, S. (2016). A avaliação do desenvolvimento infantil: relevância na intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/16494/1/Relat%C3%B3rio%20Final.pdf>

- Baptista, M. I. (2006). *Educação Alimentar em meio escolar: Referencial para uma Oferta Alimentar Saudável* (1ª ed.). Direção Geral de Inovação e de Desenvolvimento Curricular. Recuperado de https://www.dge.mec.pt/sites/default/files/Esauade/educacao_alimentar_em_meio_escolar.pdf
- Bernard, D., Quine, S. Kang, M., Alperstein, G., Usherwood, T., Bennett, D. & Booth, M. (2004). Access to primary health care for Australian adolescents: how congruent are the perspectives of health service providers and young people, and does it matter? *Journal of Public Health*, 28(5), 487-492.
- Carvalho, A., Carvalho, G. (2006). *Educação para a Saúde: Conceitos, Práticas e necessidades de formação*. Loures, Portugal: Lusociência.
- Catalano, R. F., Fagan, A. A; & Gavin, L. E. (2012). Worldwide application of prevention science in adolescent health. *Lancet*, 379 (9286), 1653–1664. Recuperado de <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4398056/>
- Centro de Investigação em Educação e Psicologia (2008). *Educação para a Saúde no Século XXI: Teorias, Modelos e Práticas*. Recuperado de <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:5WBl541vOQEJ:https://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/50716/1/Promo%25C3%25A7%25C3%25A3o%2520e%2520educa%25C3%25A7%25C3%25A3o%2520para%2520a%2520sa%25C3%25BAde%2520-%2520o%2520projeto%2520Bem-me-quer.pdf+&cd=1&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt>
- Comité de Consulta de Enfermagem. (1979). *Revista Brasileira de Enfermagem*, 32, 407-408. Recuperado de <https://www.scielo.br/j/reben/a/tYfqFD85NgdkXW43YnxCLG/?lang=pt>
- Conselho Nacional de Saúde. (2018). *Gerações Mais Saudáveis: Políticas públicas de promoção da saúde das crianças e jovens em Portugal*. Lisboa, Portugal: CNS.
- Constituição da República Portuguesa (2005). *Assembleia da República*. VII Revisão Constitucional. Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa.asp>

- Cruz, O. (2005). Parentalidade. Coimbra, Portugal: Quarteto
- CUF. (2020). Dieta e vitaminas - alimentação na adolescência. Recuperado de <https://www.cuf.pt/mais-saude/dieta-e-vitaminas-alimentacao-na-adolescencia>
- Cunha, M. (2008). *A entrevista motivacional como estímulo de motivação para a aprendizagem* (Dissertação de mestrado). Universidade de Lisboa. Faculdade de Psicologia e Ciências da Educação, Portugal.
- Deram, S. (2018) O que comer? Saiba incentivar uma alimentação saudável na adolescência. Recuperado de <https://sophiederam.com/br/o-que-comer/alimentacao-saudavel-adolescencia/>
- DGS. (2002). Consulta de Enfermagem. Recuperado de <http://smi.ine.pt/Conceito/Detalhes/2577>.
- DGS. (2005). Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável - Orientações Programáticas. Lisboa, Portugal: Autor. Recuperado de <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/programas-nacionais-prioritarios-promocaoda-alimentacao-saudavel-pdf.aspx>
- DGS. (2006). Programa Nacional de Saúde Escolar. Lisboa, Portugal: Autor. (pp. 4-24). Recuperado de <https://observatorio-lisboa.eapn.pt/ficheiro/Programa-Nacional-de-Sa%C3%BAdede-Escolar-2015.pdf>
- DGS. (2007). A atividade física e o desporto: um meio para melhorar a saúde e o bem-estar. Recuperado de <https://www.farmaciaspraxis.pt/a-atividade-fisica-e-o-desporto-um-meio-para-melhorar-a-saude-e-o-bem-estar/>
- DGS. (2008). Programa Nacional de Saúde. Lisboa, Portugal: Autor
- Editorial Jornal Médico. (2018). ETIQUITAS Angola gravidez precoce disponível – <https://www.jornalmedico.pt/atualidade/36059-angola-registou-16-mil-casos-de-gravidez-precoce-em2017.html>
- Fossum, I., Nordnes, L. T., Storemark, S. S., Bjorvatn, B., & Pallesen, S. (2014). The association between use of electronic media in bed before going to sleep and insomnia

- symptoms, daytime sleepiness, morningness, and chronotype. *Behavioral Sleep Medicine*, 12, 1-15. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24156294/>
- Galvão, D. (2006). *Amamentação bem-sucedida: alguns fatores determinantes*. Recuperado de <https://repositorio-aberto.up.pt/handle/10216/64575>
- Galvão, D., & Silva, I. (2011). A amamentação nos manuais escolares de estudo do meio do 1º ciclo do ensino básico. *Revista de Enfermagem Referência*, 4, 7-16. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S087402832011000200001&lng=pt&tlng=pt
- Gaspar, P. J. S. (2006). Efetividade da Educação para a Saúde no comportamento alimentar dos adolescentes e jovens estudantes. Recuperado <https://iconline.ipleiria.pt/bitstream/10400.8/100/1/Efectividade%20da%20Educa%C3%A7%C3%A3o%20para%20a%20Sa%C3%BAde%20no%20comportamento%20alimentar%20dos%20adolescentes%20e%20jovens%20estudantes.pdf>
- Germano, M. I., & Temporini, E. (2001) Promoção de saúde em AIDS: percepção de equipe escolar. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 19(2), 49-53.
- Glaser, E. (2018). Pediatric SIDA Foundation. Kit de Ferramentas para Revelação do Estado de HIV a Populações Pediátrica e Adolescentes. Washington, D.C, EUA: Elizabeth Glaser Pediatric AIDS Foundation,
- Gonçalves, A., Carvalho, G., Dantas, C., Rodrigues, V. (2008). Concepções de professores e alunos do ensino básico e secundário sobre a abordagem ao álcool, tabaco e outras drogas nos programas escolares, nos manuais escolares e nas práticas docentes – Riscos e prevenção. *Índice*, 240-253.
- Grupo de Trabalho sobre Infecção na Criança (GTVIHC). (2011). Infecção VIH na Criança e Adolescente (1ª ed.). Coimbra, Portugal: Associação de Saúde Infantil de Coimbra.
- HBSC. (2018). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses após a Recessão - Dados nacionais do estudo HBSC* (1ªEd.), Lisboa, Portugal.

- Hockenberry, M. J. & Wilson, D. (2014). *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente* (9ª ed.). Loures, Portugal: Lusociência.
- Jornal de Angola. (2017) Aumentam casos de gravidez precoce. Recuperado de <https://www.jornaldeangola.ao/ao/noticias/detalhes.php?id=393877>
- Levy, L., & Bértolo, H. (2012). Aleitamento Materno. Recuperado de <https://www.unicef.pt/media/1581/6-manual-do-aleitamento-materno.pdf>
- Lizarraga, S., & Ayarra, M. (2001). Aplicação da entrevista motivacional em pacientes com síndrome metabólica para mudança no estilo de vida. *Revista Saúde e Desenvolvimento Humano*, 1(1), 15-26. Recuperado de https://revistas.unilasalle.edu.br/index.php/saude_desenvolvimento/article/view/1029
- Lopes, A. (2016). *Consulta de Enfermagem do Adolescente – 12/13 anos – uma necessidade em saúde* (Dissertação de mestrado). Escola Superior de Enfermagem de Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/18131/1/Consulta%20de%20Enfermagem%20do%20Adolescente%20%2012%2013%20anos%20%20uma%20necessidade%20em%20sa%C3%BAde.pdf>
- Maslowsky, J., & Ozer, E. (2014) Developmental trends in sleep duration in adolescence and young adulthood: evidence from a national United States sample. *Journal of Adolescent Health*, 54, 691-697. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/24361237/>
- Maternal and Child Health Bureau, Health Resources and Services Administration, U.S. Department of Health and Human Services under Cooperative Agreement. (2008). Family-centered care self-assessment tool. Recuperado de http://familyvoices.org/wp-content/uploads/2014/06/fcca_FamilyTool.pdf
- Matos, M., Reis, M., Camacho, I., Simões, C., Baya, D., Mota, C., Tomé, G., Gaspar, T., & Machado, M. (2015) Em tempo de recessão, os adolescentes portugueses continuam saudáveis e ou são ainda saudáveis, mas já não são felizes? *Arquivos de Medicina*, 29(5), 116-122. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/292720955_Em_tempo_de_recessao_os_a

dolescentes_portugueses_continuam_saudaveis_e_felizes_ou_sao_ainda_saudaveis_mas_ja_nao_felizes

Meleis, A. (2010). *Transitions Theory: middle range and situation-specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer Publishing Company.

Moore, M., Meltzer, L. (2008). The sleepy adolescent: causes and consequences of sleepiness in teens. *Pediatric Respiratory Reviews*, 114-121. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/18513671/>

National Sleep Foundation. (2000). *Adolescent sleep needs and patterns*. Recuperado de <https://da7648.approby.com/m/61ceda4d90401df7.pdf>

Nunes, A. (2004). Os jovens e os fatores associados ao consumo de tabaco. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 22(2), 57-67. Recuperado de <https://run.unl.pt/bitstream/10362/100216/1/RUN%20-%20RPSP%20-%202004%20-%20v22n2a05%20-%20p57-67.pdf>

OE (2009). Código deontológico. Lisboa, Portugal: Autor (p. 3). Recuperado de <http://www.ordemenfermeiros.pt/legislacao/Documents/LegislacaoOE/CodigoDeontologico.pdf>

OE (2011). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem da Saúde da Criança e do Jovem. Lisboa, Portugal: Autor.

OE (2012). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (p. 1). Lisboa, Portugal: Autor.

OE. (2010). Guias orientadores de boa prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – *Cadernos OE*, 3(1). Lisboa, Portugal: Autor.

OE. (2015). Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Regulamento nº 350/2015. *Diário da República* n.º 119/2015, II Série. Lisboa, Portugal. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/RegulamentoPadQualidadeCuidEspecializEnfReabilitacao_DRJun2015.pdf

- OE. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Regulamento n.º 422/2018. *Diário da República*, II série — N.º 133. Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf>
- OMS. (1986). A Promoção da Saúde – A Carta de Ottawa. Recuperado de <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/carta-de-otawa-pdf1.aspx>
- OMS. (2002). Relatório Mundial da Saúde - Saúde Mental: nova concepção, nova esperança. Recuperado de https://www.who.int/whr/2001/en/whr01_po.pdf
- OMS. (2003). Diet, Nutrition and the Prevention of chronic diseases. Genebra, Suíça: Autor. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/42665/WHO_TRS_916.pdf;jsessionid=E6D6E249DA2357CE6E25C4D77F58AF52?sequence=1
- OMS. (2004). The Who cross-national study of health behaviour in school-aged children from 35 countries: findings from 2001-2002. *Journal of School Health*. 74, 204-206. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/15468523/>
- OMS. (2014). Health Promotion. Genebra, Suíça: Autor. Recuperado de http://www.who.int/topics/health_promotion/en/
- OMS. (2018). Diagnóstico do VIH e Uso de ARV em Crianças Expostas ao VIH: Atualização Programática. Genebra, Suíça: Autor. Recuperado de <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/273155/WHO-CDS-HIV-18.17-por.pdf?sequence=15&isAllowed=y>
- OMS. (2019). Contribuindo para a melhoria da saúde em Angola. Relatório Bianual 2018-2019. Recuperado de <https://www.afro.who.int/sites/default/files/countries/Angola/Relat%C3%B3rio%20Bianual%20da%20OMS%20em%20Angola%202018-2019.pdf>
- Patel, V., Fisher, A. J., Hetrick, S., McGorry, P. (2007). Mental health of young people: a global public-health challenge. *Lancet*. 369 (9569). 1302–1313. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17434406/>

- Patton, G., Coffey, C., & Sawyer, S., Viner, R., Haller, D., Bose, K., Vos, T., & Mathers, C. (2009). Global patterns of mortality in young people: a systematic analysis of population health data. *Lancet*. 374 (9693). 881–892. Recuperado de <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/19748397/>
- Pender, N., Murdaugh, C. & Parsons, M. (2021). Health promotion in nursing practice (8.ª ed.). Upper Saddle River, New Jersey: Pearson.
- Phaneuf, M. (2005). Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação. Loures, Portugal: Lusociência
- Prazeres, V. (1998) Saúde dos adolescentes - *princípios orientadores*, Lisboa: Direção-Geral da Saúde.
- Ramos, M. (2015). Relatório de Estágio de Intervenção Comunitária. (Dissertação de Mestrado). Instituto Politécnico de Portalegre, Escola Superior de Saúde de Portalegre, Portugal. Recuperado de <https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/14981/1/ESSTFC569.pdf>
- Sacco, A., Ferreira, C., & Koller, S. (2016). Educação “Se não bater, não aprende”. *Revista quadrimestral*, 39(1), 11-21. Recuperado de <https://revistaseletronicas.pucrs.br/ojs/index.php/faced/article/view/18127>
- Shochat, T., CohenZion, M., Tzischinsky, O. (2013). Functional consequences of inadequate sleep in adolescents: A systematic review. *Sleep Medicine Reviews*, 1-13. Recuperado de <https://sci-hub.se/10.1016/j.smr.2013.03.005>
- Silva, K., Maia, C., Dias, F., Vieira, N., Pinheiro, P. (2011). A educação em saúde junto aos adolescentes para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis. *Revista Mineira de Enfermagem*, 15(4), 605-611. Recuperado de <https://www.reme.org.br/artigo/detalhes/77>
- Tomey, A. (2004). *Teóricas de enfermagem e a sua obra: modelos e teorias de enfermagem* (5ª ed). Lisboa, Portugal: Lusociência.
- UNICEF (1979). Cuidados Primários de Saúde. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/39228/9241800011_por.pdf

UNICEF Angola (2004). Nutrição. Recuperado de
<https://www.unicef.org/angola/nutricao>

Vicário, M., Romero, A., & Barca, G. (2012). Medicina de la Adolescencia- Atención Integral (2ª ed.). Madrid, Spain: Ergon

APÊNDICES

Apêndice I – Projeto de Estágio



IX CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
INFANTIL E PEDIATRIA

António Paulo Nunes Simões

Projeto de Estágio com Relatório Final

ÁREAS CRÍTICAS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA
DOENÇA EM ADOLESCENTES: CONTRIBUTO PARA UMA
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

Coimbra, 2021



IX CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE
INFANTIL E PEDIATRIA

António Paulo Nunes Simões

Projeto de Estágio com Relatório Final

ÁREAS CRÍTICAS DA PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA
DOENÇA EM ADOLESCENTES: CONTRIBUTO PARA UMA
INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

Projeto de estágio realizado no âmbito da
Unidade Curricular Investigação/
Desenvolvimento em Enfermagem de
Saúde Infantil e Pediatria sob a orientação
da Professora Doutora Dulce Maria
Pereira Garcia Galvão

Coimbra, 2021

ÍNDICE DE SIGLAS

OMS- Organização Mundial da Saúde

CNAC- Conselho Nacional da Criança

CNS- Conselho Nacional da Saúde

CHUC – Centro Hospitalar Universitário de Coimbra

LISTA DE TABELAS

TABELA 1- ESTRATÉGIAS

**TABELA 2 - CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE TRABALHO
DE CAMPO**

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO.....	9
1-OBJETIVOS	14
2-LOCAIS DO ESTÁGIO E PERÍODO DA SUA REALIZAÇÃO...15	
3-ESTRATÉGIAS.....16	
4- CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES DE TRABALHO DE CAMPO.....19	
5-CONSIDERAÇÕES FINAIS.....21	
BIBLIOGRAFIA.....	22
 APÊNDICE I - Solicitação de Estágio na Consulta de infeciologia do Hospital Pediátrico de Coimbra /Consultas Externa (CHUC)	
 APÊNDICE II - Solicitação de Estágio no Centro de Saúde de Celas na USF	

INTRODUÇÃO

É apontado na literatura que hoje a evidência científica tem bem estabelecido que crianças com hábitos pouco saudáveis têm maior propensão em tornar-se adultos não saudáveis, que o estado de saúde dos indivíduos está estreitamente ligado ao seu estatuto socioeconómico na infância, e que as desigualdades e as iniquidades em saúde consomem enormemente os recursos dos sistemas de saúde (Conselho Nacional de Saúde, 2018). A promoção da saúde da criança e do adolescente afigura-se como um elemento essencial da melhoria da saúde da população. As políticas e os programas de promoção da saúde nos mais novos, se bem construídos e implementados, representam escolhas inteligentes por parte dos governos, cujos resultados terão impacto a médio e longo prazo. A saúde precisa de ser encarada de forma ampla, tal como a Organização Mundial da Saúde (OMS) a definiu há 70 anos. A Saúde é um estado de completo bem-estar físico, mental e social e não consiste apenas na ausência de doença ou enfermidade. Esta definição contém limitações. É verdade que o investimento na prevenção da doença tem o potencial de diminuir gasto em saúde a longo prazo, tornando crianças saudáveis em adultos mais produtivos e com uma esperança de vida saudável mais longa. Mas essa visão, puramente focada na doença, não deve sobrepor-se à verdadeira essência da promoção da saúde: a tónica fundamental deve estar na promoção e capacitação dos cidadãos para orientarem a sua saúde, com base no seu direito a ter uma vida saudável (Conselho Nacional de Saúde, 2018).

Portugal apresenta muitas políticas públicas que visam melhorar a saúde das crianças nos primeiros anos de vida. Entre estas políticas destacam-se os cuidados de saúde reprodutiva e o planeamento familiar, os cuidados obstétricos no intervalo pré-natal, a vacinação, e os cuidados de saúde infantil. Na generalidade estas políticas são implementadas sob a forma de programas de saúde desenvolvidos pela Direção-Geral da Saúde. Um dos fatores que desempenha um papel essencial para a saúde e bem-estar das crianças é, sem dúvida, o acesso a cuidados de saúde de melhor qualidade, (Conselho Nacional de Saúde, 2018). O direito à saúde ou à proteção da saúde, reconhecido na Constituição da República Portuguesa, é um direito social e o Serviço Nacional de Saúde, criado em 1979, constitui a execução desse dever do Estado. Todos têm direito à proteção da saúde e o dever de a defender e promover. Como acontece relativamente a qualquer direito fundamental constitucionalmente acolhido, o Estado tem, face ao direito à proteção da saúde, um dever de reverenciar o acesso individual ao bem protegido, um

dever de proteger (contra agressões ou ameaças de outros particulares ou de uma prestação deficiente dos respetivos cuidados de saúde) e um dever de promover condições otimizadas de acesso (melhorando as possibilidades existentes, criando, instituições e serviços, garantindo prestações que, por si próprios, os indivíduos não teriam condições de assegurar). A Constituição estabelece que o direito à proteção da saúde é realizado através de um serviço nacional de saúde universal e geral e, tendo em conta as condições económicas e sociais dos cidadãos, tendencialmente gratuito, (Constituição da República Portuguesa, 2005).

Na realidade angolana as crianças e adolescentes encaram quotidianamente uma série de obstáculos ao seu desenvolvimento, que englobam tantos aspetos relacionados à proteção e à participação. Esses embaraços começam já com a dificuldade de acesso ao registo de nascimento. Em 2007, foi criado o Conselho Nacional da Criança (CNAC), órgão relacionado às políticas públicas de promoção e defesa dos direitos da criança. As áreas críticas dos direitos da criança no país, e por isso listadas como prioritárias pelo CNAC, foram: esperança de vida ao nascer; registo de nascimento; acesso à alimentação; educação, saúde ; ensino fundamental e formação profissional; justiça juvenil; prevenção e redução do impacto do HIV/AIDS nas famílias e nas crianças; prevenção e mitigação da violência contra a criança; proteção social; promoção de cultura e desporto; e inclusão da criança no Plano Nacional e no Orçamento Geral do Estado,(Airi., Maria & Helena; 2016).

A adolescência é uma etapa fundamental do desenvolvimento humano, é uma fase de descobertas e construção de valores, na qual o jovem busca novas experiências e a afirmação de sua identidade. É o momento em que interroga seus valores e seus sonhos, tornando-se importante afastar-se da família, ter autonomia e estar perto de seus pares, de seus amigos, com quem compartilha suas descobertas e medos. Quer ter novas sensações, testar seus limites, saber até onde pode ir. Os adolescentes são normalmente identificados como a “próxima geração” de adultos, a “futura geração”, ou simplesmente “o futuro.” No entanto, os adolescentes estão firmemente integrados ao presente – vivendo, trabalhando, dando a sua contribuição nas famílias, comunidades, sociedades e economias. No mundo existem 1,2 biliões de adolescentes, (UNICEF, 2011). Em Portugal, as questões específicas da saúde dos adolescentes começaram a ser abordadas no final dos anos 70 (Programa Nacional de Saúde dos Jovens 2006/2010). A educação, a prevenção, a proteção e a desejável obtenção de ganhos em saúde constituem recursos

necessários para o desenvolvimento saudável da população juvenil. População juvenil é definida pelo conjunto de indivíduos com idade compreendida entre os 10 e os 24 anos sendo que a OMS atribui a denominação de adolescente aos que têm entre 10 e 19 e de jovem aos que têm entre 15 e 24 anos (DGS, 2006). Embora não exista uma definição de adolescência aceite internacionalmente, a Organização das Nações Unidas define adolescentes como indivíduos de 10 aos 19 anos de idade, (UNICEF, 2011). Supostamente, são um grupo saudável, pelo que recorrem pouco aos cuidados de saúde e quando recorrem às unidades prestadoras de cuidados limitam-se ao serviço de urgência pela celeridade, anonimato, privacidade e ausência de burocracias que lhes é fornecido/garantido. “Aos olhos” da população jovem os serviços de saúde apresentam-se como desajustados, devido à ausência de recursos físicos e humanos apropriados, de formação, de sensibilidade, de disponibilidade, cria-se uma separação considerável entre os serviços e os jovens (Silva et al., 2011).

O estudo HEALTH BEHAVIOUR IN SCHOOL – AGED CHILDREN (HBSC) realizado em cooperação com a Organização Mundial de Saúde, que contou com a participação de 44 países e que Portugal desenvolveu em 1998, 2002, 2006, 2010, 2014 e 2018, onde se analisaram os estilos de vida dos adolescentes em idade escolar nos seus contextos de vida, nas áreas: apoio familiar, escola, saúde, bem-estar, sono, sexualidade, alimentação, lazer, sedentarismo, consumo de substâncias, violência e migrações mostrou ser urgente um reinvestimento na educação e na saúde. Concretamente em termos de saúde, verificou que os comportamentos de dependência continuam, aumentou o risco das questões relacionadas com o VIH e outras IST's e gravidez não planeada, que a alimentação continua “não boa” e sem grandes esperanças de melhoria, que a atividade física continua sem garantias de variedade, medidas de conforto, segurança e higiene. Também a nível do sono verificou falta de quantidade e qualidade agravadas com o uso problemático de ecrãs. Outros problemas evidenciados foram as lesões, nomeadamente em meio escolar, e a saúde mental com os jovens a apresentarem sintomas de mal-estar, tristeza extrema, desregulação emocional, preocupações intensas e invasivas. Também em termos de comportamentos protetores da saúde como consumo diário de água, controlo de sal na alimentação e proteção na exposição ao sol, não se mostraram habituais nos adolescentes em idade escolar. Com estas variabilidades no comportamento, mostra o quanto é importante o papel do enfermeiro na linha da frente através das escolas onde os adolescentes passam maior parte do seu tempo e nos centros de saúde onde têm a

possibilidade através das consultas de poderem ser apoiados na promoção da saúde e prevenção da doença. Assim o enfermeiro de saúde infantil tem uma maior responsabilidade na orientação de escolhas saudáveis, tendo sempre em atenção os bons hábitos para uma saúde melhor e bem-estar do adolescente (Matos et al.,2015a; Reis et al., 2015).

Progresso hoje da enfermagem convida o profissional a ter uma atenção maior através do modelo centrado na criança e sua família. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, este utiliza um modelo conceptual centrado na criança e família encarando sempre este binómio como beneficiário dos seus cuidados. A especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica detém o seu espaço de intervenção em torno de uma fase crucial do ciclo vital, a qual compreende o período que medeia do nascimento até aos 18 anos de idade. Em casos especiais, como a doença crónica, a incapacidade e a deficiência, pode ir além dos 18 anos e mesmo até aos 21 anos ou 25 anos, até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida com sucesso. O Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica trabalha em parceria com a criança e família/pessoa significativa, em qualquer contexto em que ela se encontre (em hospitais, cuidados continuados, centros de saúde, escola, comunidade, casa), para promover o mais elevado estado de saúde possível, presta cuidados à criança saudável ou doente e proporciona educação para a saúde assim como identifica e mobiliza recursos de suporte à família/pessoa significativa. A performance como especialista traduz -se na prestação de cuidados de nível avançado, com segurança, competência e satisfação da criança e suas famílias, procurando responder globalmente ao “mundo” da criança, bem como trabalhar no sentido de remover barreiras e incorporar instrumentos de custo efetivo e gestão da segurança do cliente. São áreas de atuação particular a avaliação e promoção do crescimento e desenvolvimento da criança e do jovem, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil; a gestão do bem-estar da criança; a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de risco, suicídio, violência e gravidez; a promoção da autoestima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde, (Ordem dos Enfermeiros,2018). Assim, tendo oportunidade de na fase final do Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, no período de 12 de julho a 17 de dezembro de 2021, desenvolver um período de formação prática numa

área que comprovadamente carece de investimento e tendo em conta a realidade Angolana exige-se que aperfeiçoe e desenvolva competências na assistência de enfermagem junto dos adolescentes e suas famílias, área não tão aprofundada e desenvolvida nos núcleos temáticos componentes do currículo do curso. É neste contexto que surge o presente projeto da prática clínica onde se apresentam os objetivos, os contextos onde se prevê a sua realização e as atividades que se preveem realizar para a consecução dos objetivos. Apresenta-se também o cronograma de atividades a atingir durante as primeiras 8 semanas, no período de 6 de setembro a 31 de outubro. As restantes semanas serão dedicadas à reflexão sobre a ação e à elaboração do relatório de estágio.

1 -OBJETIVOS

O objetivo geral deste estágio é: Desenvolver competências na área de especialização de enfermagem de saúde infantil e pediátrica com especial enfoque na promoção da saúde e bem-estar do adolescente

Objetivos específicos

Aprofundar conhecimentos sobre adolescência.

Aprofundar conhecimentos nas áreas que carecem de intervenção especializada junto do adolescente em matéria da promoção da sua saúde e bem-estar (Comportamentos protetores da saúde, VIH e outras IST's e gravidez não planeada, alimentação, atividade física, quantidade e qualidade do sono, lesões, saúde mental, comportamentos de dependência).

Prestar cuidados de enfermagem especializados ao adolescente em resposta às necessidades de promoção de saúde e bem-estar nas áreas Comportamentos protetores da saúde, VIH e outras IST's e gravidez não planeada, alimentação, atividade física, quantidade e qualidade do sono, lesões, saúde mental, comportamentos de dependência.

Promover ações de formação dirigidas à equipa de enfermagem cuja temática passe pela promoção da saúde do adolescente.

Refletir sobre o papel do EEESIP nos distintos locais de estágio na promoção da saúde do adolescente.

Elaborar o relatório final de estágio.

2- LOCAIS DO ESTÁGIO E PERÍODO DA SUA REALIZAÇÃO

Perante o exposto, pretendemos que este estágio seja desenvolvido em contextos diferentes, onde é possível a realização deste projeto: Consulta de infeciologia do Hospital

Pediátrico de Coimbra e Centro de Saúde de Celas na USF – Celas Saúde na consulta do Adolescente.

A consulta de Infeciologia do Hospital Pediátrico funciona 2 vezes por semana, sendo que tem horário fixo à 2ª feira e o outro dia oscila de acordo com as necessidades dos utentes e da equipa multidisciplinar. A consulta do adolescente da USF- Celas Saúde funciona diariamente nos cinco dias da semana.

Para que o estágio possa decorrer nestes ambientes de prestação de cuidados já foi feito um primeiro contacto informal junto da enfermeira chefe do serviço de consultas externas do HP e da enfermeira especialista em ESIP da USF – Celas Saúde e apresentada a motivação de investimento e desenvolvimento de capacidades nesta área bem como de alguns objetivos a atingir, as quais se mostraram bastante recetivas. Serão futuramente feitos os pedidos formais aos representantes máximos das respetivas instituições. Embora a perspetiva do cuidar do ESIP seja global, ter escolhido estes dois locais de estágio justificam-se por se considerar que a permanência nas Consultas Externas do Hospital Pediátrico serviço de infeciologia constituirá uma, mais valia e poder intervir em situações específicas de Comportamentos protetores da saúde, VIH e outras IST's e gravidez não planeada, USF – Celas Saúde a possibilidade de cuidar/assistir/atender mais em situações de forma geral nas várias áreas de saúde na consulta do/ a adolescente. Portanto será organizado os objetivos, cada um deles orientados para propósitos operativos subordinados aos objetivos gerais atrás enunciados.

3- Programa das Atividades de Aprendizagem

--	--

OBJETIVOS ESPECÍFICOS	ATIVIDADES/ APRENDIZAGEM
I-Aprofundar conhecimentos sobre adolescência	-Revisão narrativa da literatura. Desenvolvimento da adolescência, nas várias áreas através das bases de dados; consultas das orientações, organizações, organismos importantes em matéria de saúde do adolescente como (UNICEF, DGS).
II-Aprofundar conhecimentos nas áreas que carecem de intervenção especializada junto do adolescente em matéria da promoção da sua saúde e bem-estar (Comportamentos protetores da saúde, VIH e outras IST's e a gravidez não planeada, alimentação, atividade física, quantidade e qualidade do sono, lesões, saúde mental, comportamentos de dependência	- Revisão integrativa da literatura, sobre VIH e outras IST's e gravidez, alimentação, sono, saúde mental e atividade física, lesões e comportamentos de dependência. -Identificação dos modelos teóricos e filosóficos que orientam os cuidados baseados na capacitação para a promoção da saúde e prevenção da doença. - Entrevista motivacional.

III-Prestar cuidados de enfermagem especializados ao adolescente em resposta às necessidades de promoção de saúde e bem-estar nas áreas Comportamentos protetores da saúde, VIH e outras IST's e gravidez não planeada, alimentação, atividade física, quantidade e qualidade do sono, lesões, saúde mental, comportamentos de dependência	observação, observação participante entrevistas e análises de documentos) Assistir a criança/jovem com a família, na maximização da promoção da sua saúde e prevenção da doença. Prestar assistência específicas em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem. Comunicar com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis. Utilizar estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde. Proporcionar conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença. Procurar sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde.
---	--

	-Identificação das normas e protocolos em uso nos serviços que oferecem a promoção da saúde e bem-estar do adolescente. - Observação dos cuidados prestados enquanto promotoras da qualidade de vida da adolescência.
IV-Promover ações de formação dirigidas à equipa de enfermagem cuja temática passe pela promoção da saúde do adolescente	-Apresentar sessões de formação sobre temáticas relacionadas com a promoção da saúde e prevenção da doença na consulta de enfermagem centrada no adolescente. -Especificação dos modelos utilizados no serviço para consulta do adolescente.
V-Refletir sobre o papel do EEESIP nos distintos locais de estágio na promoção da saúde do adolescente.	-Análise do papel do EEESIP e os protocolos de prevenção e avaliação dos métodos que são utilizados nos serviços de Consultas Externa do Hospital Pediátrico de Coimbra e USF-Celas Saúde. -Análise crítica das observações na prevenção e tratamento da doença prestados no sentido de diminuir os

[illegible]

[illegible]

V- CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este projeto de estágio foi elaborado com o intuito de realizar o trabalho final para obtenção de grau de Mestre em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria. Foi-me dada a oportunidade de escolher este estágio, portanto tenciono desenvolvê-lo em unidades de saúde, onde prestam consulta do Adolescente, por querer dar uma atenção promoção da saúde e prevenção da doença em Adolescentes e sentir-me cada vez mais vocacionado para adquirir mais conhecimentos no sentido de contribuir para a melhoria da qualidade da saúde a essa população. Considera-se a temática escolhida como importante pois os enfermeiros vivem atualmente numa sociedade em permanente mudança, onde se verifica no domínio da saúde, avanços tecnológicos e científicos constantes, implicando uma necessidade de formação contínua, pois os conhecimentos adquiridos na formação inicial acabam por se tornar insuficientes. Sendo a busca pela qualidade de vida do adolescente um processo complexo, envolvendo contextos diferentes, foi selecionado diferentes propósitos específicos para realização do estágio definindo para cada um objetivos com atividades delineadas para concretizá-los. Sei que será um processo desafiante, mas com dedicação, orientação, e empenho tenciono chegar ao fim com os objetivos atingidos e assim conseguir projetar alguma melhoria para o meu contexto de trabalho.

BIBLIOGRAFIA

- Airi, M. S. C., Maria, S. F. S., & Helena, K. (2016) *Educação “Se não bater, não aprende”: educação e direitos da criança e do adolescente – Angola*
- Aventura Social & Saúde. (2014). *A Saúde dos adolescentes Portugueses Dados Nacionais de 2014*. Conselho Nacional de Saúde Avenida Padre Cruz, Lisboa, Portugal.
- Conselho Nacional de Saúde (2018). *Gerações Mais Saudáveis: Políticas públicas de promoção da saúde das crianças e jovens em Portugal*. Lisboa: CNS.
- Constituição da República Portuguesa (2005) – VII Revisão Constitucional, Disponível em: <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Paginas/ConstituicaoRepublicaPortuguesa>.
- Direção-Geral da Saúde (2012). *Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável – Orientações Programáticas*. Lisboa: DGS, Disponível em: <https://www.dgs.pt/ficheiros-de-upload-3/programas-nacionais-prioritarios-promocaoda-alimentacao-saudavel-pdf.aspx>
- Direção-Geral da Saúde. (2011) *Maus-Tratos em Crianças e Jovens – Guia Prático de Abordagem, Diagnóstico e Intervenção*. Lisboa: DGS.
- Educação Revista Quadrimestral. (2016) “Se não bater não aprende” educação e direitos da criança e adolescentes – Angola. Disponível em: http://www.who.int/mental_health/policy/Childado_mh_module.pdf
- HBSC (2018) *A SAÚDE DOS ADOLESCENTES PORTUGUESES APÓS A RECESSÃO* - Dados nacionais do estudo HBSC (1ªEd.), Lisboa.
- Institute of Health Metrics and Evaluation (2016). *Global Burden of Disease* Disponível em: <https://vizhub.healthdata.org/gbd-compare>
- Lopes, C., Torres, D., Oliveira, A., Severo, M., Alarcão, V., Guiomar, S., Mota, J., Teixeira, P., ... Ramos, E. (2017) *Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física, IAN-AF 2016: Relatório de resultados*. Porto: Universidade do Porto. Disponível em: https://ian-af.up.pt/sites/default/files/IAN-AF%20Relat%C3%B3rio%20Resultados_0.pdf
- Matos, M.G., Reis, M., Camacho, I., Simões, C., Gómezbaya D., Mota, C., Tomé, G., Gaspar, T. Machado, M.C.& Equipa Aventura Social (2015b) *Em tempo de recessão*,

os adolescentes portugueses continuam saudáveis e ou são ainda saudáveis, mas já não são felizes? Arquivos de Medicina, 116-122. x Lei n.º 56/79, de 15 de setembro. Diário da República.

ORDEM DOS ENFERMEIROS. (2018). Regulamento n.º 422/2018 Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Organização Mundial da Saúde. (2003). *Diet, Nutrition and the prevention of chronic diseases. Report of a Joint WHO/FAO Expert Consultation*. WHO Technical Report Series 916. Genebra: OMS.

Organização Mundial da Saúde. (2005) *Mental Health Policy and Service Guidance Package: Child and Adolescent Mental Health Policies and Plans*. Genebra.

SILVA, K. L. et al. (2011) *A educação em saúde junto aos adolescentes para a prevenção de doenças sexualmente transmissíveis*. Revista Mineira de Enfermagem, v.15, n.4, p.605-611.

Sprinthall, A. & Collins, W. (2003). *Psicologia do Adolescentes – Uma abordagem desenvolvimentista*. (3ª ed). Fundação Calouste Gulbenkian: Lisboa

World Health Organization (2014). *Health for the world's adolescents: A second chance in the second decade*. Genebra: OMS. Disponível em <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2/page2/age-not-the-whole-story.html> www.cns.min-saude.pt

Apêndice 2- Plano de Sessão de Formação para Enfermeiros/ H.P.C

Tema: Revelação do Estado de HIV às Populações Pediátrica e Adolescente			Tempo
Formador	António Paulo Nunes Simões	Local: Hospital Pediátrico de Coimbra (Consulta Externa)	
		Data: 2021	
		Duração prevista: 50min	
Destinatários: Equipa de enfermagem das Consultas Externas do HPC.			
Objetivos Gerais: Que sejam capazes de conhecer a importância da Revelação do Estado de HIV às Populações Pediátrica e Adolescentes no desenvolvimento do adolescente e desenvolverem intervenções de enfermagem promotoras de uma revelação saudável.			
Objetivos Específicos: - Que sejam capazes de identificar o momento exato da revelação do diagnóstico; - compreender as implicações da revelação do diagnóstico de HIV; - Identificar as reações que podem surgir no momento da revelação.			
Metodologia	Recursos		
- Expositivo - Interrogativo/ Interativo	Audiovisuais (Computador e data-show)		10mn

	Meios audiovisuais (Computador e data show)	5mn
	Materiais de imagens e vídeo (mostrando ambiente de adolescentes com conhecimento de ser portador do HIV).	20mn
Partilha de experiências, sugestões de melhoria e comentários	Discussão, método expositivo	10mn
Avaliação da seção	Questionário	5mn

Apêndice 2 – Plano de Sessão de Formação para Enfermeiros/ H.P.C

Tema: Sono e Insónia por atraso de fase			Tempo
Formador	António Paulo Nunes Simões	Local: H.P.C	
		Data: 2021	
		Duração prevista: 50min	
Destinatários: Equipa de enfermagem das Consultas Externas do HPC.			
Objetivos Gerais: conhecer a importância do sono no desenvolvimento do adolescente e desenvolver intervenções de enfermagem promotoras de um sono saudável.			
Objetivos Específicos: - Identificar fases do sono; - compreender as implicações da insónia por atraso de fase; - Identificar as perturbações do sono.			
Metodologias:		Recursos	
- Expositivo - Interrogativo		Audiovisuais (Computador e data-show)	10mn
			5mn

	Meios audiovisuais (Computador e data-show)	
--	---	--

	Texto, imagens e vídeo (mostrando ambiente de adolescentes com insónia de atraso de fase).	20mn
Partilha de experiências, sugestões de melhoria e comentários	Discussão, método Interrogativo/ interativo	10mn
Avaliação da seção	Questionário/ reflexão	5mn

Apêndice 3 - Enquadramento teórico- Revelação do Estado de HIV às Populações Pediátrica e Adolescente

Em todo o mundo, continuam a ocorrer novas infecções de crianças pelo VIH e, por isso, continua a ser fundamental fazer rapidamente o diagnóstico e iniciar de imediato o tratamento dos bebés e crianças que vivem com o VIH. As orientações consolidadas da OMS para os ARV de 2016 apresentavam algumas abordagens inovadoras, tais como o uso do teste de ácido nucleico (NAT) à nascença ou logo a seguir, para um diagnóstico mais rápido do VIH nos bebés, e a introdução do NAT nos pontos de cuidados (PC), para um diagnóstico mais rápido e descentralizado, com vista a permitir o rápido início da terapia antirretroviral (TAR) e o uso de uma profilaxia pós-natal melhorada (PPNm), a fim de melhorar a prevenção nos bebés expostos ao VIH. No entanto, até à data, apenas alguns países introduziram estas inovações e as primeiras experiências no terreno identificaram alguns desafios na implementação, as quais requerem uma análise atenta (Organização Mundial da Saúde, 2018). O Plano Mundial para a Eliminação de Novas Infecções pelo VIH em crianças até 2015 e a iniciativa salvar a vida das mães tiveram um impacto considerável, conduzindo a uma redução de 60% das novas infecções pediátricas pelo VIH em 21 países de elevada incidência na África Subsaariana.^{1,2} No entanto, o número de novas infecções pelo VIH nas crianças continua a ser significativo: em 2017, ocorreram 180 000 novas infecções em crianças de todo o mundo, vivendo 70% dessas crianças nos mesmos 21 países prioritários. O quadro Start Free, Stay Free, AIDS Free³ (Nascer e Viver Livre da SIDA) foi desenvolvido com base nos progressos do Plano Mundial, com vista a oferecer um roteiro para se atingirem rapidamente as metas destinadas a erradicar a epidemia da SIDA até 2030 (Organização Mundial da Saúde, 2018). A TAR pediátrica precoce melhora a sobrevivência e reduz a morbilidade a longo prazo, mas a mortalidade continua a ser considerável nos primeiros meses de vida. A introdução do NAT à nascença poderá permitir o início da TAR antes das 2 semanas de idade. Contudo, o único regime disponível para este grupo etário é, há muitos anos, um regime que combina AZT, 3TC e NVP. Este regime pode continuar com uma monitorização clínica atenta até aos 3 meses de idade e depois mudar para um regime à base de LPV/r, usando granulado de LPV/r ou introduzindo o LPV/r no final da segunda semana de vida como xarope, passando depois para uma formulação sólida, aos 3 meses de idade (Organização Mundial da Saúde, 2018).

Nos últimos anos assistiu-se a grandes avanços científicos na área da infeção pelo VIH. Na profilaxia da transmissão vertical conseguiu-se em Portugal, desde 2006, taxas de transmissão inferiores a 2%. O avanço na investigação terapêutica também tem sido grande. Foram comercializados fármacos de novas famílias e com outras formulações. Em Portugal a medicação antirretroviral é fornecida pelos hospitais gratuitamente. Com os seus quase treze anos, o GTVIHC (Grupo de Trabalho sobre Infeção VIH na Criança) atingiu a adolescência, assim como a maioria das crianças infetadas pelo VIH em Portugal. Vários membros da Coordenação Nacional de Luta contra a SIDA (CNLCS). Novos caminhos estão a ser trilhados com o patrocínio da Sociedade Europeia de Infeciologia Pediátrica (GTVIHC, 2011). A patogénese da infeção VIH e os princípios gerais da sua repercussão clínica e imunológica e da terapêutica antirretrovírica (TAR) são semelhantes em todas as pessoas infetadas. Apesar disso, há considerações específicas para crianças e adolescentes infetados: a) Aquisição da infeção por transmissão mãe-filho, na maioria das crianças infetadas. b) Exposição in útero, intraparto e/ou pós-parto à zidovudina e outros fármacos antirretrovíricos, em muitas das crianças infetadas. c) Necessidade do uso de testes virológicos para diagnosticar infeção VIH em crianças menores de 18 meses. d) Contagens de linfócitos TCD4 (CD4+) específicas por grupo etário. e) Alterações nos parâmetros farmacocinéticos devido à idade, pelo desenvolvimento e maturação contínuos dos órgãos e sistemas envolvidos no metabolismo e eliminação dos fármacos f) Diferenças nas manifestações clínicas e virológicas em indivíduos em crescimento e imunologicamente imaturos g) considerações especiais relativamente à adesão à terapêutica (GTVIHC, 2011). Há fatores que necessitam ser considerados antes de iniciar ou alterar a TAR: a) Gravidade da doença e risco de progressão, determinados pela idade da criança, presença de história de doenças relacionadas o/ou definidoras de SIDA, grau de imunossupressão e virémia plasmática. b) Disponibilidade de formulações pediátricas apropriadas e conhecimento da sua farmacocinética, adequada a cada grupo etário. c) Potência, complexidade (nº de doses, toma com alimentos), e potenciais efeitos adversos a curto e longo prazo, do regime terapêutico. d) Efeito do regime inicialmente escolhido nas opções terapêuticas futuras. e) Presença de comorbilidades, tais como tuberculose, hepatite B ou C, doença renal ou hepática crónica. f) Interações dos antirretrovirais com outros fármacos. g) Capacidade do cuidador e criança aderirem ao regime terapêutico (GTVIHC, 2011).

O início de TAR está recomendado em: Lactentes (menores de 1 ano de idade) independentemente da clínica, valores de CD4+ e carga viral; Crianças com doença significativa (estádio B ou C do CDC ou 3 ou 4 da OMS); Crianças com idade > 12 meses assintomáticas ou com sintomas ligeiros se valores de CD4+: – < 25% ou < 1000/mm³ entre 1 e 3 anos de idade; – < 20% ou < 500/mm³ entre 3 e 5 anos de idade – < 350-450/mm³ acima dos 5 anos. Crianças com > 12 meses com carga viral > 100 000 cópias/ML. Os objetivos da TAR consistem em reduzir a carga vírica para níveis indetectáveis e preservar ou normalizar a função imune, impedir a progressão da doença e reverter eventual doença de órgão já estabelecida. A eficácia da TAR depende de uma correta administração. A realização prévia de um teste de resistências além do perfil de resistências, devem ser tidas em conta na elaboração deste esquema de primeira linha: idade, exposição prévia a fármacos, incluindo in útero, genótipo HLA-B*5701, coinfeções, formulações disponíveis e probabilidade de adesão. Iniciar TAR com 3 fármacos: 2 INTR, associados a um IP/r ou a um INNTR. Verificar e ajustar a posologia em cada consulta de acordo com a evolução do peso ou superfície corporal. Este aspeto é particularmente importante nos períodos de crescimento rápido, especialmente nos lactentes. As doses devem ser sempre arredondadas para cima e ajustadas à formulação em solução oral ou comprimidos. Que aos pais ou cuidadores se preste uma explicação cuidadosa sobre: posologia, modo de administração, não interrupção de contacto fácil com os profissionais de saúde. O fornecimento de instruções escritas é importante. A adesão é a pedra angular do sucesso terapêutico (GTVIHC, 2011).

Atualmente o regime de 1ª linha preferido em crianças sem terapêutica prévia e sem evidência de resistência aos ARVs envolve dois INTRs e um IP/r ou um INNTR. Deve ser preferido o esquema com IP/r nas crianças abaixo dos 3 anos, quando se prevê que possa haver adesão irregular. As combinações preferidas de INTRs são abacavir (ABC) e lamivudina (3TC) para crianças que são negativas para o alelo HLA-B*5701, e zidovudina (ZDV) e 3TC para crianças que são HLA-B*5701 positivas. Ambas estão disponíveis como comprimidos combinados em crianças mais velhas. Um terceiro comprimido combinado, de tenofovir e emtricitabina (FTC), é cada vez mais popular em adultos e pode ser útil em adolescentes. O tenofovir não está licenciado em crianças menores de 12 anos e faltam dados acerca da sua segurança a longo prazo para idades mais jovens. O IP preferido é o lopinavir combinado com ritonavir (LPV/r) para crianças mais novas. Para crianças mais velhas podem ser consideradas outras combinações

nomeadamente fosemprenavir/r, atazanavir/r e darunavir/r. O INNTR preferido é a nevirapina (NVP) para crianças com idade <3 anos e o efavirenz (EFV) para crianças acima desta idade. (não deixar acabar a medicação), repetição após vômito, modo fármacos antirretrovíricos disponíveis para uso na criança a disponibilização para a criança de novos fármacos com atividade no VIH tem sido sempre mais tardia que no adulto – uma vez que é neste grupo etário que os estudos iniciais são efetuados. A criança mais nova requer formulação específica por não deglutir comprimidos ou cápsulas e os estudos de farmacocinética mostram uma maior variabilidade, sobretudo no lactente. Daí que muitos dos ARVs não estejam ainda aprovados para uso neste grupo etário. Realizar teste de resistência: se o teste genotípico não revela mutações associadas aos ARVs que estão a ser administrados é porque a criança não está a tomar a medicação.

- O teste de resistência deve ser feito antes da suspensão do regime terapêutico ou no máximo 4 semanas após a sua descontinuação.

- Em situação de falência imunológica sem falência virológica considerar outras causas de linfopenia CD4, como infeções por micobactérias ou Herpesviridae.

- Ter presente que a degradação clínica se pode dever a síndrome de reconstituição imunitária.

- Com a eficácia comprovada dos antirretrovirais (ARV), a adesão tornou-se a maior dificuldade no tratamento da infeção VIH em crianças e jovens. A adesão é um problema universal, para todas as doenças e em todos os grupos etários.

- A deficiente comunicação é considerada como o fator mais importante na não-adesão ao tratamento. Em primeiro lugar, importa considerar os fatores que podem afetar a eficiência da comunicação: Não ouvir: uma grande parte dos médicos interrompe os doentes ao fim de pouco tempo, sem deixar acabar as queixas, podendo perder-se informação importante. O uso de jargão e linguagem técnica dificulta a compreensão pelo doente. Mais de metade dos pacientes não consegue recordar detalhes importantes a seguir a uma consulta. A ansiedade, que é normal existir numa consulta médica, interfere com o processar da informação e a memória, daí parecer que os doentes retêm tão pouco do que lhes foi dito (GTVIHC, 2011).

O Enfermeiro tem um papel preponderante em apoiar e esclarecer a criança/ adolescente e família toda as dúvidas que possam ter no fim da consulta medica. O enfermeiro devera seguir um caminho que melhore a comunicação e ajuda no cumprimento da terapêutica:

Certificar-se de que o doente realmente aceitou o tratamento, o que depende da sua convicção quanto à vulnerabilidade à doença, da sua gravidade, da eficácia do tratamento e de se sentir capaz de o cumprir; Certificar-se de que o doente compreendeu o tratamento: dar explicações claras, pedir para repetir as instruções, pô-las por escrito e perguntar se há dúvidas.

Melhorar a eficácia da comunicação, ouvir, usar linguagem clara, com palavras e frases curtas; procurar que os cuidadores compreendam bem a informação, pedir para repetir o que tem que ser feito; ter em conta que aderem melhor os cuidadores que compreendem bem a necessidade da medicação e que os benefícios ultrapassam as dificuldades sentidas; ligar as tomas da medicação a hábitos do quotidiano; dar suporte no processo de aceitação – a medicação é uma forma de recordar a doença. Ouvir as suas preocupações, não apenas recolher os sintomas (GTVIHC, 2011).

Aspetos da adesão em adolescentes têm que ser compreendidos em função do estágio de desenvolvimento, de questões emocionais e do grau de função ou disfunção familiar. Nos adolescentes mais novos, o pensamento concreto fá-los ter dificuldade em compreender os efeitos não observáveis ou de longo prazo só acreditam no que veem ou experimentam. Sentem-se invulneráveis (centrados em si, as coisas más só acontecem aos outros), e enfrentam desafios e comportamentos de risco como forma de testar limites. Nos mais velhos, a construção da identidade e a busca de autonomia podem interferir com o processo de aceitação da doença e das suas limitações, e o tratamento ser sentido como uma forma de controlo (GTVIHC, 2011).

Revelação do diagnóstico na infeção VIH/ SIDA. Alguns autores consideram a não revelação da doença como um fator de risco para a não-adesão, aliada à ausência de sintomatologia (GTVIHC, 2011). Aquando da toma da medicação pode fazer reear a descoberta da doença pelos outros. A adesão pode também adquirir um significado de litígio com a família; opondo-se à toma da medicação, o adolescente está a enviar uma mensagem aos cuidadores, que merece ser clarificada. Para além do conflito com a família, o estilo hiperprotector também não favorece a adesão, quando aquela assume responsabilidades que dizem respeito ao jovem. Importa, no entanto, referir que durante adolescência pode ser necessária uma supervisão acrescida da parte dos pais, já que é nesta fase que os jovens imersos nos problemas e nesta fase são importantes para eles a imagem corporal, os amigos, as relações amorosas - descuram hábitos que até aí estavam adquiridos, como por exemplo, a toma da medicação. Melhorar a adesão dos adolescentes

Em 1º lugar, tentar avaliar os problemas com a adesão, através de uma conversa calma e honesta, com o adolescente a sós. O diálogo deve ser construtivo, não-crítico, com perguntas abertas e indiretas. As perguntas seguintes são alguns exemplos: - “Podes dizer-me quando tomas a medicação?” - “Quantos comprimidos tomas?” - “Tem efeitos de que tu não gostas?” - “Qual é o que mais detestas?” – “Se for os jovens que nunca tomam a medicação e os que tomam sempre, onde é que tu te vês?” - “Qual foi a última vez que te esqueceste e quantas vezes te esqueceste na última semana?” - “Muitos jovens acham difícil lembrar-se de tomar a medicação duas vezes ao dia - é difícil para ti?” Identificar as perceções quanto ao tratamento e as barreiras à adesão (sem confronto direto, sem critica, o objetivo é reconhecer as dificuldades). Avaliar e discutir o regime de tratamento personalizá-lo na medida do possível (GTVIHC, 2011). Avaliar a adesão a intervalos regulares e elogiar o cumprimento. Estabelecer uma relação de confiança e de honestidade. É necessário envolvê-los no processo de tratamento: ver com eles como se podem resolver os problemas, pedir sugestões para melhorar a adesão, ouvir. É aconselhável antecipar e falar dos efeitos laterais. Pode ser útil fazer um folheto que descreva o tratamento, doses e possíveis efeitos laterais. Devem ter um tratamento individualizado, distinto dos pais e comunicação adaptada à idade e desenvolvimento. Reconhecer problemas emocionais e de saúde mental: conhecer o contexto em que vive o adolescente; identificar problemas de ansiedade e depressão e orientar para tratamento; intervenções educativas; dar informação ao adolescente e à família, complementar com informação escrita, aconselhar livros, sites; repetir a informação; adotar uma atitude disponível, avaliar a compreensão, incentivar perguntas; estratégias comportamentais e de resolução de problemas; uso de alarmes, lembretes visuais, colocar os medicamentos em lugares onde vão ser vistos, emparelhar com hábitos do quotidiano (refeições, lavar os dentes, maquilhagem), (GTVIHC, 2011).

A nível global, muitas das crianças a viver com HIV (CVHIV) têm sobrevivido até à adolescência como resultado de um maior acesso à terapia anti-retroviral (TARV). Como as crianças e adolescentes vivem mais tempo com HIV devido ao TARV, o foco passa por assegurar a sua sobrevivência para melhorar a sua qualidade de vida, adesão e retenção aos cuidados e tratamento, supressão viral e manutenção do bem-estar físico e mental. A revelação do estado de HIV aos doentes pediátricos e/ou adolescentes e suas famílias e estruturas de apoio é uma componente extremamente importante da cascata de cuidados e tratamento. No entanto, apesar da importância da revelação de um diagnóstico

de HIV, a prevalência global de revelação às crianças e adolescentes continua a ser reduzida (Glaser, 2018)

O processo de revelação é emocional e socialmente complexo. Os cuidadores sentem normalmente alguma incerteza em revelar o estado seropositivo aos filhos, pois têm receio das consequências negativas da revelação, tais como problemas psicológicos, a incapacidade de compreender e processar o diagnóstico e estigma, bem como qualquer revelação não intencional a terceiros. Todavia, certos estudos têm sugerido que a maioria das crianças, ao tomarem conhecimento do seu diagnóstico de HIV, não sentem efeitos negativos a longo prazo. Em vez disso, os efeitos da revelação são positivos e, num estudo específico, uma grande percentagem de crianças declarou considerar a revelação um acontecimento positivo. Certos estudos também têm sugerido que as crianças que têm conhecimento do seu estado seropositivo sentem maior auto-estima do que as crianças a quem não foi revelado o seu estado. Dados publicados sugerem que a revelação do estado de HIV pode até reforçar a prática da e adesão à TAR. Além disso, a revelação a crianças e adolescentes pode constituir uma oportunidade para se aumentar o acesso à adesão ou ao apoio psicossocial (Glaser, 2018).

A revelação do estado de HIV não é um evento individual, mas sim um processo que envolve discussões contínuas sobre a doença, à medida que a criança ou adolescente vai amadurecendo cognitivamente, social, emocional e sexualmente (Glaser, 2018). As diferentes terminologias da revelação incluem os seguintes termos: Revelação total: fornecer informações totais e todo o conhecimento sobre o HIV. Não revelação completa: manter todo o sigilo sobre os diagnósticos; não dizer a verdade ou não fornecer qualquer informação sobre o diagnóstico. Revelação acidental: comunicar o estado de HIV à criança ou adolescente sem o/a preparar, e revelá-lo sem querer. Este tipo de revelação é normalmente feito de forma não intencional, quando o diagnóstico de HIV está a ser discutido entre adultos e uma criança ou adolescente ouve por acaso. A revelação acidental requer que o profissional de saúde (PS) efetue uma revelação pelo menos parcial de um estado de HIV à criança ou adolescente em questão. Deve efetuar-se, logo que possível, uma avaliação do nível de preparação da criança ou adolescente, e devem ter lugar discussões com os seus pais ou cuidadores. Engano: atribuir à condição da criança ou adolescente uma doença diferente ou estabelecer um relacionamento entre o comportamento da criança ou adolescente e a sua aparência (p. ex., por não comer suficientemente); frequentemente associado à não revelação Os principais fatores para se

decidir revelar o estado a uma criança ou adolescente a viver com HIV são: A idade da criança e o seu desenvolvimento cognitivo. Regra geral, as crianças com menos de nove anos de idade e as que estão a viver com HIV têm menos probabilidade de estar cientes do seu estado. Isto dependerá das orientações e políticas nacionais, que emitem recomendações ou instruções sobre as abordagens à revelação total e sobre a elegibilidade (Glaser, 2018).

Segundo a (Sociedade de infeciologia Pediátrica de Coimbra, 2011) a revelação é um assunto ainda controverso e emocionalmente difícil para os profissionais e sobretudo para as famílias e cuidadores. Trata-se de uma doença potencialmente ameaçadora da vida, estigmatizada e transmissível. Muitos cuidadores receiam que a comunicação possa perturbar a criança. Existe uma tendência para adiar a revelação, porque é um tema que envolve a culpa e o conhecimento de outros segredos que dizem respeito à forma como a doença atingiu a família. Vários autores reconhecem vantagens na revelação: Promover a confiança; facilitar a adesão; facilitar acesso serviços de apoio; melhorar a comunicação familiar e aumentar o bem-estar emocional (GTVIHC, 2011).

A comunicação da infeção permite abordar temas de desenvolvimento sexual e transmissão. Partilhar com amigos ou namorados, são aspetos importantes para o adolescente, adesão a um tratamento longo e complexo. Riscos da não-adesão e questões ligadas à saúde pública como a transmissão de vírus resistentes aos fármacos (Infeciologia pediátrica, 2011). Em geral é mais precoce entre os pais VIH, os que estão satisfeitos com o serviço social de apoio, nos escalões sociais mais altos e nas áreas urbanas. Relativamente ao impacto da revelação, os resultados são contraditórios, sendo necessários mais estudos que incluam amostras mais significativas. Um estudo de Blasini, 2004 concluiu que a revelação proporciona maior bem-estar emocional e melhora a adesão (GTVIHC, 2011).

Finalmente falar em VIH Em geral serão necessárias várias conversas para que absorva a informação, cognitiva e emocionalmente. Há que ter em conta a idade, o desenvolvimento cognitivo, o papel da negação, os aspetos familiares e a saúde mental dos cuidadores. Há que considerar as capacidades da criança para poder compreender e enfrentar a situação e avaliar as capacidades dos cuidadores para lidar com o stress da revelação e para poder discutir outros segredos existentes. Estes terão que resolver entre si o tema da «culpa», reformulando-a como um assunto de “consequências de comportamentos de risco”, transformando culpados em vítimas. Isto implica lidar com o sofrimento, a zanga e a

revolta que o assunto desperta. Só depois estarão mais bem preparados para falar com a criança. Pode ser útil ensaiar e preparar a revelação, que deve transmitir esperança e otimismo. Também será importante distinguir o estado de seropositividade da carga emocional dramática do termo SIDA. Os cuidadores devem ser incentivados a identificar fontes de apoio junto de pessoas significativas e encorajar. Por fim, ter em conta que em vez de um evento único, isto será um processo gradual de comunicação, dinâmico e individualizado, acerca da saúde, da doença e da vida em geral (GTVIHC, 2011).

Apêndice 4-PowerPoint- Revelação do Estado de HIV às Populações Pediátrica e Adolescente

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO PARA ENFERMEIROS

MESTRADO EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E
PEDIATRIA

TEMA: REVELAÇÃO DO ESTADO DO HIV ÀS POPULAÇÕES PEDIÁTRICAS
E ADOLESCENTE

ANTÓNIO PAULO NUNES SIMÕES
2021



HOSPITAL
PEDIÁTRICO
DE COIMBRA

OBJETIVOS GERAIS

CONHECER A IMPORTÂNCIA DA REVELAÇÃO DO ESTADO DE HIV ÀS POPULAÇÕES PEDIÁTRICA E ADOLESCENTES NO DESENVOLVIMENTO DO ADOLESCENTE E DESENVOLVER INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROMOTORAS DE UMA REVELAÇÃO SAUDÁVEL .

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

Objetivos Específicos:

- identificar o momento exato da revelação do diagnóstico;
- compreender as implicações da revelação do diagnóstico de HIV;
- Identificar as reações que podem surgir no momento da revelação.

METODOLOGIA

- EXPOSITIVO
- INTERROGATIVO/ INTERATIVO



STOP

INTRODUÇÃO

A REVELAÇÃO DO ESTADO DE HIV AOS DOENTES PEDIÁTRICOS E/OU ADOLESCENTES E SUAS FAMÍLIAS E ESTRUTURAS DE APOIO É UMA COMPONENTE EXTREMAMENTE IMPORTANTE DA CASCATA DE CUIDADOS E TRATAMENTO. NO ENTANTO, APESAR DA IMPORTÂNCIA DA REVELAÇÃO DE UM DIAGNÓSTICO DE HIV, A PREVALÊNCIA GLOBAL DE REVELAÇÃO ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES CONTINUA A SER REDUZIDA. O PROCESSO DE REVELAÇÃO É EMOCIONAL E SOCIALMENTE COMPLEXO. OS CUIDADORES SENTEM NORMALMENTE ALGUMA INCERTEZA EM REVELAR O ESTADO SEROPOSITIVO AOS FILHOS, POIS TÊM RECEIO DAS CONSEQUÊNCIAS NEGATIVAS DA REVELAÇÃO, TAIS COMO PROBLEMAS PSICOLÓGICOS,

CONT.

A INCAPACIDADE DE COMPREENDER E PROCESSAR O DIAGNÓSTICO E ESTIGMA, BEM COMO QUALQUER REVELAÇÃO NÃO INTENCIONAL A TERCEIROS. TODAVIA, CERTOS ESTUDOS TÊM SUGERIDO QUE A MAIORIA DAS CRIANÇAS, AO TOMAREM CONHECIMENTO DO SEU DIAGNÓSTICO DE HIV, NÃO SENTEM EFEITOS NEGATIVOS A LONGO PRAZO. EM VEZ DISSO, OS EFEITOS DA REVELAÇÃO SÃO POSITIVOS E, NUM ESTUDO ESPECÍFICO, UMA GRANDE PERCENTAGEM DE CRIANÇAS DECLAROU CONSIDERAR A REVELAÇÃO UM ACONTECIMENTO POSITIVO. (ELIZABETH GLASER,2018)

CONT.

CERTOS ESTUDOS TAMBÉM TÊM SUGERIDO QUE AS CRIANÇAS QUE TÊM CONHECIMENTO DO SEU ESTADO SEROPOSITIVO SENTEM MAIOR AUTO-ESTIMA DO QUE AS CRIANÇAS A QUEM NÃO FOI REVELADO O SEU ESTADO. DADOS PUBLICADOS SUGEREM QUE A REVELAÇÃO DO ESTADO DE HIV PODE ATÉ REFORÇAR A PRÁTICA DA E ADEÇÃO À TARV. ALÉM DISSO, A REVELAÇÃO A CRIANÇAS E ADOLESCENTES PODE CONSTITUIR UMA OPORTUNIDADE PARA SE AUMENTAR ACESSO À ADEÇÃO OU AO APOIO PSICOSSOCIAL.

DEFINIÇÃO

A REVELAÇÃO DO ESTADO DE HIV NÃO É UM EVENTO INDIVIDUAL MAS SIM UM PROCESSO QUE ENVOLVE DISCUSSÕES CONTÍNUAS SOBRE A DOENÇA, À MEDIDA QUE A CRIANÇA OU ADOLESCENTE VAI AMADURECENDO COGNITIVA, SOCIAL, EMOCIONAL E SEXUALMENTE (ELIZABETH GLASER,2018).

AS DIFERENTES TERMINOLOGIAS DA REVELAÇÃO INCLUEM OS SEGUINTE TERMOS:

- REVELAÇÃO TOTAL: FORNECER INFORMAÇÕES TOTAIS E TODO O CONHECIMENTO SOBRE O HIV.

CONT.

NÃO REVELAÇÃO COMPLETA: MANTER TODO O SIGILO SOBRE OS DIAGNÓSTICOS; NÃO DIZER A VERDADE OU NÃO FORNECER QUALQUER INFORMAÇÃO SOBRE O DIAGNÓSTICO.

- REVELAÇÃO ACIDENTAL: COMUNICAR O ESTADO DE HIV À CRIANÇA OU ADOLESCENTE SEM O/A PREPARAR, E REVELÁ-LO SEM QUERER. ESTE TIPO DE REVELAÇÃO É NORMALMENTE FEITO DE FORMA NÃO INTENCIONAL, QUANDO O DIAGNÓSTICO DE HIV ESTÁ A SER DISCUTIDO ENTRE ADULTOS E UMA CRIANÇA OU ADOLESCENTE OUVE POR ACASO (ELIZABETH GLASER, 2018).

CONT.

- ENGANO: ATRIBUIR À CONDIÇÃO DA CRIANÇA OU ADOLESCENTE UMA DOENÇA DIFERENTE OU ESTABELECEER UM RELACIONAMENTO ENTRE O COMPORTAMENTO DA CRIANÇA OU ADOLESCENTE E A SUA APARÊNCIA (P. EX., POR NÃO COMER SUFICIENTEMENTE); FREQUENTEMENTE ASSOCIADO À NÃO REVELAÇÃO(ELIZABETH GLASER, 2018).

OS PRINCIPAIS FATORES PARA SE DECIDIR REVELAR O ESTADO A UMA CRIANÇA OU ADOLESCENTE

- A NECESSIDADE DA CRIANÇA OU ADOLESCENTE SE PROTEGER A SI PRÓPRIO/A E PERMANECER SAUDÁVEL.
- A ADESÃO DA CRIANÇA OU ADOLESCENTE AO SEU REGIME DE TRATAMENTO E A SUA CAPACIDADE DE ASSUMIR RESPONSABILIDADE PELOS SEUS CUIDADOS.
- O INÍCIO PRÓXIMO DA ATIVIDADE SEXUAL E A NECESSIDADE DE EDUCAÇÃO SOBRE A SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA
- (SSR). (FERRIS M, BURAU K, SCHWEITZER AM, ET AL. ,2007)

BENEFÍCIOS DA REVELAÇÃO

- MAIOR ADESÃO POR PARTE DAS CRIANÇAS, QUE SÃO MUITO MENOS SUSCETÍVEIS DE SOFRER A PROGRESSÃO DA DOENÇA E A MORTE.
- REDUÇÃO SIGNIFICATIVA DAS DOSES DE TARV OMITIDAS EM COMPARAÇÃO ÀS CRIANÇAS E ADOLESCENTES A QUEM NÃO SE TENHA SIDO FEITA A REVELAÇÃO.
- EXPERIÊNCIA DA REVELAÇÃO COMO SENDO UM EVENTO POSITIVO POR PARTE DOS ADOLESCENTES, RELATÓRIOS SOBRE UMA DIMINUIÇÃO DA FRUSTRAÇÃO EM TOMAR OS MEDICAMENTOS E A PRÓPRIA REVELAÇÃO SER CONSIDERADA UM FATOR DE MOTIVAÇÃO.

CONT.

- IMPACTOS PSICOLÓGICOS POSITIVOS A LONGO PRAZO, PERMITINDO UM MELHOR NÍVEL DE AUTOCUIDADO E TRATAMENTO POR PARTE DOS ADOLESCENTES.
- CONSIDERAVELMENTE MENOS DIFICULDADES EMOCIONAIS DO QUE OS ADOLESCENTES QUE NÃO SABEM NADA SOBRE A SUA CONDIÇÃO.
- ACEITAÇÃO DO DIAGNÓSTICO PELA MAIORIA DOS ADOLESCENTES; AS CRIANÇAS E ADOLESCENTES TAMBÉM REVELAM SENTIREM-SE ALIVIADAS DEPOIS DA REVELAÇÃO, ACHANDO QUE A REVELAÇÃO FOI IMPORTANTE (HABERER JE, COOK A, WALKER AS, ET AL.,2011).

PROCESSO DA REVELAÇÃO- PRINCÍPIOS

- TANTO A EQUIPA DE CUIDADOS DE SAÚDE COMO OS CUIDADORES DEVEM PARTICIPAR EM TODO O PROCESSO.
- O PROCESSO DE REVELAÇÃO NÃO DEVE SER PRECIPITADO, MAS DEVE SIM SER FLEXÍVEL.
- SENSÍVEL AOS SENTIMENTOS E NECESSIDADES DA FAMÍLIA, À MEDIDA QUE ESTA FOR PROCESSANDO AS FASES DA REVELAÇÃO.
- OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DEVEM APOIAR AS DECISÕES DOS

CONT.

- CUIDADORES SOBRE SE DEVEM OU NÃO REVELAR O DIAGNÓSTICO DE HIV, E DEVEM RESPEITAR AS DECISÕES DA FAMÍLIA SOBRE O TEMPO E EXPECTATIVAS.
- AO REVELAR A DOENÇA E O DIAGNÓSTICO, É IMPERATIVO UTILIZAR EXPLICAÇÕES CLARAS E PRÓPRIAS PARA O DESENVOLVIMENTO DA PESSOA.
- A DATA DA REVELAÇÃO NÃO DEVE COINCIDIR COM OUTROS EVENTOS IMPORTANTES DA VIDA, COMO

CONT.

ANIVERSÁRIOS, FÉRIAS, CERIMÓNIAS DE GRADUAÇÃO, ETC. REVELAÇÃO DEVE PROMOVER A COMUNICAÇÃO DE SENTIMENTOS, MAS DEVE TAMBÉM ACEITAR SILÊNCIO.

OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE DEVEM ENCORAJAR A CRIANÇA OU ADOLESCENTE A FAZER PERGUNTAS DURANTE O PROCESSO DE REVELAÇÃO.

OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE EM PARTICULAR O ENFERMEIRO DEVEM UTILIZAR MATERIAIS EDUCACIONAIS APROPRIADOS PARA O DESENVOLVIMENTO DA PESSOA, SEMPRE QUE ESTES ESTEJAM DISPONÍVEIS(ELIZABETH GLASER,2018) .

DESENVOLVIMENTO DE UM PLANO DE REVELAÇÃO PARA UMA CRIANÇA OU ADOLESCENTE

O OBJETIVO DESTES PLANO É DELINEAR OS DIFERENTES PASSOS QUE A EQUIPA DEVERÁ IMPLEMENTAR DURANTE A REVELAÇÃO. O PLANO DEFINE CERTOS FATORES QUE DEVEM SER CONSIDERADOS PARA CADA CRIANÇA DURANTE O PROCESSO DE REVELAÇÃO.

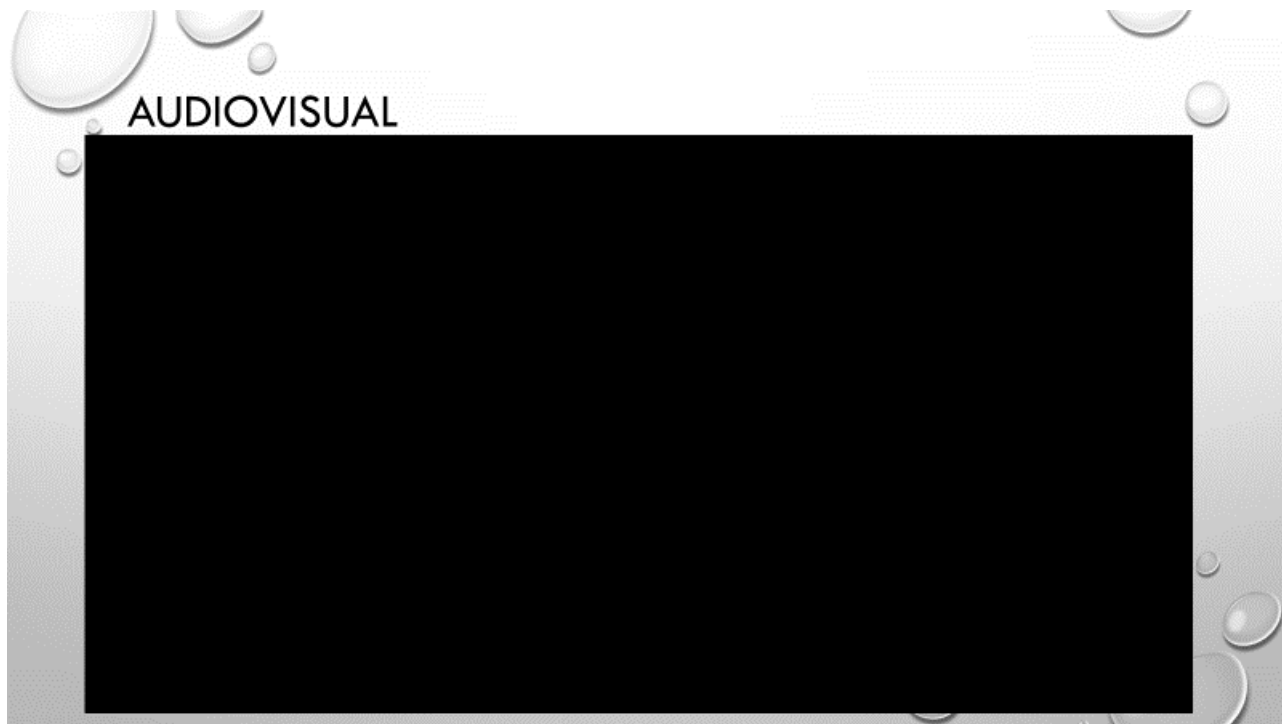
O PROCESSO DE REVELAÇÃO

DEVE ASSEGURAR A DISPONIBILIZAÇÃO DE UMA SALA DE ACONSELHAMENTO PRIVADA E UM AMBIENTE RELATIVAMENTE PACÍFICO.

- DEVE RESERVAR UM PERÍODO DE TEMPO DEMARCADO E ININTERRUPTO (MÍNIMO 30 MINUTOS).
- NÃO DEVEM APRESSAR O PROCESSO DE REVELAÇÃO.

CONT.

- PERMANECER ATENTOS E SENSÍVEIS AOS SENTIMENTOS E NECESSIDADES DA FAMÍLIA, À MEDIDA QUE ESTA FOR ATRAVESSANDO AS FASES DE REVELAÇÃO.
- PRESTAR ASSISTÊNCIA AOS CUIDADORES NO PROCESSO DE REVELAÇÃO DE OUTROS SEGREDOS FAMILIARES.
- PAUSAR PERIODICAMENTE E PERGUNTAR À CRIANÇA O QUE ELA ESTÁ A SENTIR NAQUELE MOMENTO; NÃO APRESSAR AS RESPOSTAS E ACEITAR OS SILÊNCIOS.
- OBSERVAR A REAÇÃO EMOCIONAL DO CUIDADOR E DAR-LHE APOIO E CONFORTO(ELIZABETH GLASER,2018)



Fonte: https://www.youtube.com/watch?v=EG4HU-pDW1k&ab_channel=JornaldaGazeta

Fonte: https://www.youtube.com/watch?v=EG4HU-pDW1k&ab_channel=JornaldaGazeta

INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

- PROPORCIONAR INFORMAÇÕES CORRETAS SOBRE O HIV E O AUTOCUIDADO NECESSÁRIO.
- AVALIAR E APOIAR AS REAÇÕES EMOCIONAIS DA CRIANÇA OU ADOLESCENTE, FAMÍLIA A QUAL DEVE SENTIR-SE À VONTADE PARA SOLICITAR APOIO.
- ENSINAR À CRIANÇA COMO ELA PODE VIVER COM O VÍRUS, O QUE DEVE FAZER E COMO EVITAR TRANSMITIR O HIV PARA OUTRAS PESSOAS.
- DISCUTIR COM ELA FORMAS DE MANTER O ESTADO DE HIV CONFIDENCIAL, E A QUEM DIZER E O QUE DIZER.
- PROPORCIONAR INFORMAÇÕES RELEVANTES ADICIONAIS, O QUE DEPENDERÁ DA IDADE, CAPACIDADE COGNITIVA E INTERESSE DA CRIANÇA OU ADOLESCENTE.

CONT.

- REVER O ENTENDIMENTO DA CRIANÇA OU ADOLESCENTE SOBRE O SEU ESTADO SEROPOSITIVO.
- MONITORIZAR O NÍVEL DE SUCESSO COM QUE TEM ENFRENTADO O DIAGNÓSTICO E TRATAMENTO DA DOENÇA.
- IDENTIFICAR A NECESSIDADE DE SER ENCAMINHADO/A E RECEBER APOIO DOS PARES.
- É FUNDAMENTAL PROMOVER TUDO QUE INFLUÊNCIA NA PROMOÇÃO DA SAÚDE E NA PREVENÇÃO DA DOENÇA.

QUESTIONÁRIO- REFLEXÃO

- 1- QUEM DEVE REVELAR A SITUAÇÃO?
- 2- COMO E QUANDO DEVEMOS DIZER A VERDADE MESMO SABENDO QUE NO AMBIENTE FAMILIAR, SOCIAL E CULTURAL A REJEIÇÃO DO ELEMENTO PORTADOR E SUA FAMÍLIA?
- 3- ALGUMAS ESTRATÉGIAS PARA PREPARAR O NÍVEL DE REVELAÇÃO NO SEIO EM QUE O ADOLESCENTE OU A CRIANÇA SE ENCONTRA?
- 4- A QUE ASPETO ESTA ATENTO QUANDO VIVÊNCIA ESTAS SITUAÇÕES?

ALGUMAS REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

ELIZABETH GLASER. (2018) *PEDIATRIC SIDA FOUNDATION. KIT DE FERRAMENTAS PARA REVELAÇÃO DO ESTADO DE HIV A POPULAÇÕES PEDIÁTRICA E ADOLESCENTES*. WASHINGTON, DC: PEDIATRIC AIDS FOUNDATION.

-FERRIS M, BURAU K, SCHWEITZER AM, ET AL. (2007) *THE INFLUENCE OF DISCLOSURE OF HIV DIAGNOSIS ON TIME TO DISEASE PROGRESSION IN A COHORT OF ROMANIAN CHILDREN AND TEENS*. AIDS CARE.19(9) :1088-94. [HTTPS://WWW.NCBI.NLM.NIH.GOV/PUBMED/18058392](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18058392).

- HABERER JE, COOK A, WALKER AS, ET AL.(2011) *EXCELLENT ADHERENCE TO ANTIRETROVIRALS IN HIV+ ZAMBIAN CHILDREN IS COMPROMISED BY DISRUPTED ROUTINE, HIV NONDISCLOSURE, AND PARADOXICAL INCOME EFFECTS*. PLOS ONE, 6(4) :E18505. [HTTPS://WWW.NCBI.NLM.NIH.GOV/PUBMED/21533031](https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21533031)

FONTE

DAS

IMAGENS

[HTTPS://WWW.GOOGLE.PT/SEARCH?Q=ADOLESCENTES+TRISTES+COM+O+HIV&SXSrf=AOAEMVIGIUUC9ZYK7YSMCC4_5N88IKPG:1637666924294&SOURCE=LNMS&TBM=ISCH&SA=X&VED=2AHUKEWJQGAHASK70AHWKGF0HHCW2CV8Q_AUOAXOECAEQAW&BIW=1536&BIH=722&DPR=1.25](https://www.google.pt/search?q=adolescentes+tristes+com+o+hiv&sxsrf=AOAEMVIGIUUC9ZYK7YSMCC4_5N88IKPG:1637666924294&source=LNMS&TBM=ISCH&SA=X&VED=2AHUKEWJQGAHASK70AHWKGF0HHCW2CV8Q_AUOAXOECAEQAW&BIW=1536&BIH=722&DPR=1.25)

MUITO OBRIGADO PELA ATENÇÃO DISPENSADA!



Apêndice 5 – Plano de Sessão de Formação para Enfermeiros/ H.P.C

Tema: Sono e Insónia por atraso de fase			Tempo
Formador	António Paulo Nunes Simões	Local:H.P.C	
		Data: 2021	
		Duração prevista: 50min	
Destinatários: Equipa de enfermagem das Consultas Externas do HPC.			
Objetivos Gerais: Conhecer a importância do sono no desenvolvimento do adolescente e desenvolver intervenções de enfermagem promotoras de um sono saudável.			
Objetivos Específicos: - Identificar fases do sono; - Compreender as implicações da insónia por atraso de fase; - Identificar as perturbações do sono.			
Metodologias:		Recursos	
- Expositivo - Interrogativo/Interativo		Audiovisuais (Computador e data-show)	10mn

	Meios audiovisuais (Computador e data-show)	5mn
--	---	-----

	Texto, imagens e vídeo (mostrando ambiente de adolescentes com insónia de atraso de fase).	20mn
Partilha de experiências, sugestões de melhoria e comentários	Discussão, método Interrogativo/ interativo	10mn
Avaliação da seção	Questionário/ reflexão	5mn

Apêndice 6- Enquadramento teórico- Sono e Insónia por atraso de fase

As alterações do sono são muito frequentes em crianças, em particular se tiverem perturbações do desenvolvimento (Antunes,2019). Enquanto descansamos, o nosso cérebro está ocupado a arrumar as ideias. Não é de estranhar que as crianças que dormem mal tenham dificuldades em aprender. É durante o sono que o nosso cérebro firma as memórias dos acontecimentos do dia. (Antunes,2019).

A instigação do sono é provocada por uma hormona, a melatonina, que aumenta quando chega o crepúsculo e diminui com a luz. Essa hormona é produzida por uma glândula escondida na profundidade do cérebro, a glândula pineal, onde os antigos pensavam encontrar a sede da alma. A glândula pineal tem ligações à retina e também é conhecida como o “terceiro olho”. Uma consequência dessa proximidade é que um tumor relativamente frequente nas pequenas, o retinoblastoma, pode aparecer nos dois olhos e, ao mesmo tempo, na glândula pineal (Antunes,2019).

Os fetos crescem na escuridão e não têm forma de entender se é noite ou dia. No entanto, a melatonina da mãe cruza a placenta e faz com que eles acordem e durmam com uma frequência igual à de um recém-nascido. Tem um sono muito agitado, pelo que embora passem a maior parte do tempo a dormir, não deixam de dar pontapés (Antunes,2019).

Há dois estágios principais no sono: a REM e a não REM(NREM). A sigla REM provém do inglês Rapid Eye Movements, ou movimentos oculares rápidos. ou seja, há uma fase do sono em que os olhos estão imóveis e outra em que estão a mexer (por de trás das pálpebras, é claro). Na fase REM sonhamos, na outra estamos sossegados. O sono NREM é ainda dividido em três fases (N1, N2e N3), que variam na sua profundidade. Acordamos mais facilmente na N1 do que na N3. Durante a noite passamos por vários ciclos do sono, alternados por momentos curtos de despertar, dos quais não guardamos memória. Os primeiros ciclos são apenas de sono NREM, e passamos pelas suas fases como se ficassemos a descer os degraus de uma escada. Começamos pelo sono superficial (N1), descemos ao sono leve (N2) e chegamos, então ao sono profundo (N3). Depois voltamos a subir aqueles degraus até chegarmos ao N1. (Antunes,2019).

Ao fim de um ou dois ciclos surge o sono REM que se vai prologando à medida que a noite avança, enquanto o sono profundo vai desaparecendo. É por isso que despertamos mais facilmente de madrugada do que pouco depois de adormecer. O padrão de sono varia com a idade. Os adolescentes têm dificuldades em adormecer e gostam de se levantar mais tarde do que na infância. Isto é devido a uma mudança na secreção da melatonina, e

não apenas ao efeito das discotecas. As pessoas mais velhas pelo contrário, tendem a adormecer cedo, acordar às primeiras horas da manhã e terem dificuldade em adormecer de novo. Durante o dia voltam a passar por períodos de sesta. Entre os 5 e os 10 anos, as crianças têm alturas progressivamente maiores de sono NREM, e aumentam os despertares parciais na transição para o sono REM. Os terrores noturnos, o sonambulismo e o sonilóquio (falar a dormir), surgem nestes períodos de despertar parcial, pelo que são particularmente comuns nestas idades (Antunes, 2019). Muitas crianças com perturbação de hiperatividade, ou com espectro do autismo, têm um sono perturbado durante os primeiros meses de vida. Um sono bem regulado exige um sistema nervoso bem afinado. (Antunes, 2019).

Nos últimos anos, diversas análises foram realizadas de forma a abranger o conhecimento científico sobre o sono, suas implicações e fatores que podem ser alterados ou modificados se ele se apresenta de forma inadequada. Permanentemente que tal tema é abordado, a importância da qualidade e da quantidade de horas de sono é reforçada. (. Segundo revisão realizada pelo *National Sleep Foundation's* (2000), sobre as horas de sono recomendadas para diversas faixas etárias, nas idades de 6 a 13 anos recomenda-se de nove a onze horas de sono, e para adolescentes com idade de 14 a 17 anos de oito a dez horas, porém estudos em diferentes países mostram que o sono dos adolescentes do século XXI é diferente do recomendado. A partir das horas de sono recomendadas, sugere-se então como inadequados tanto o sono curto quanto o mais longo do que o recomendado. A explosão hormonal incita alterações no relógio biológico, pelo que os adolescentes tendem adormecer e a levantasse também, mas tarde. Em média, um adolescente deve dormir cerca de nove horas. Não há qualquer dúvida de que existe uma união entre uma boa higiene do sono e o sucesso académico (Antunes, 2019). Inúmeros estudos mostram que os adolescentes que dormem mais têm melhores classificações, pelo que é seguro que deitar cedo e cedo levantar faz bem à aprendizagem. Claro que aos fins de semana os adolescentes podem deitar-se e levantar-se mais tarde. Contudo, a boa regra (difícil de impor) é que o tempo de sono extra não supere em mais de uma hora o horário habitual da semana. Caso contrário, o relógio biológico atrasa-se e, ao domingo, o jovem acaba por adormecer depois da meia-noite, quando no dia seguinte tem de se levantar cedo. O resultado é que vai sonolento para a escola, acumula dívidas de sono, que paga de novo no outro fim de semana, num círculo vicioso com efeitos nocivos para a aprendizagem (Antunes, 2019).

É importante a rotina de deitar, ou seja, um conjunto de atividades que não seja excessivamente estimulante e que prepare a criança para dormir. Um bom exemplo seria: chichi, lavar os dentes, ler ou contar uma história, oração (quando é o caso), beijinho de boa noite e até amanhã (Antunes,2019).

Tentar adormecer com televisão, jogos de consola, ou grandes correrias antes de deitar, não é criterioso. Claro que faz sentido alguma flexibilidade, mas mantendo, no geral, os vários elementos da rotina sem ceder ao “só mais um” (copo de água, história, beijinho etc.). As crianças são mais felizes quando sabem que há um comandante e quais limites que eles impõem. A disciplina implica o emprego das regras, princípio básico na educação de qualquer criança, mas ainda mais para quem tem perturbações do desenvolvimento (Antunes,2019). Os pais devem proporcionar condições para um sono tranquilo e autónomo. As inconstantes mais fáceis de controlar são as de contexto. Vão desde o horário e conteúdo das refeições (proteínas e verduras ao jantar), ao ambiente envolvente. Para adormecer precisamos de estar relaxado, isso não é possível num ambiente excitante, ruidoso ou muita luz.

Para estimular a produção da melatonina, a partir do fim da tarde os pais devem tornar a casa o mais tranquila possível. Isto não equivale a uma casa sem comunicação, mas a um ambiente calmo, com conversas num tom de voz baixo, música tranquila e preferência para candeeiros com luz amarelada (Antunes,2019). As atividades devem ser aquelas que os filhos devem fazer sentados como *puzzles*, desenhos, leitura, ou ouvir música calma e conversar entre família. Os telemóveis, *tablet* e computadores, além de excitarem, projetam luzes que impedem a produção da melatonina e atrasam o adormecer. Os adolescentes devem adormecer e acordar sempre à mesma hora. Não devem dormir cestas prologadas para compensar o que não dormiram à noite. As atividades desportivas não precisam de terminar em cima da hora de deitar, e o consumo de substâncias que interferem com o sono (cafeína, álcool ou tabaco) deve ser controlado (Antunes,2019).

A insónia é definida como uma dificuldade persistente em adormecer, comprometendo a consolidação duração ou qualidade do sono. Tem impacto no funcionamento do dia a dia e por definição, não é devida a droga ou doenças (Antunes, ,2019). Nas crianças, a insónia pode-se apresentar como uma dificuldade em adormecer ou voltar a adormecer superior a 20 minutos, entrave em ir para cama quando os pais mandam ou dificuldade em adormecer sozinhos. As consequências da insónia são múltiplas. De dia as crianças queixam de dificuldades de concentração e de memória, alteração da capacidade para

planejar, desenvolver e resolver problemas e morosidade psicomotora. O rendimento escolar reduz, tal como a motivação e a confiança nas suas capacidades. O estudo não rende. A irritabilidade associada à insônia gera discórdias com pares ou com os pais, sobretudo ao final do dia (Antunes,2019). As crianças pequenas tanto podem mostrar sinais claros de sono, como agitação motora. Choram com facilidade e irritam-se quando contrariadas. Na idade escolar agitação motora diminui. As crianças chegam a adormecer na sala de aula. Mostram cansaço, falta de energia, sente-se tristes ou irritadas à menor contrariedade (Antunes,2019). Os acidentes de viação associados a sonolência, e a maior tempo de reação, são mais frequentes em adolescentes e adultos com insônia, sobretudo se houver consumos associados. (Antunes,2019). Durante a adolescência a insônia apresenta características relacionadas à mudança de hábitos sociais (tendência a dormir mais tarde) e a problemas de higiene do sono. São considerados hábitos de higiene do sono impróprios: dormir após as 23 horas e acordar após as 8 horas; esquema irregular de sono entre dias de semana e fim de semana; uso de substâncias excitantes ou drogas (lícitas e ilícitas); excesso de cafeína no fim da tarde ou à noite e/ou uso de aparelhos eletrônicos no quarto antes de dormir (TV, computador, celular). Também tem influência na qualidade do sono a pressão social e familiar; mudanças hormonais e a necessidade do sentido de pertencimento a um grupo (Fossum, et al., 2014). A insônia por higiene imprópria leva a aumento da latência do sono e redução do tempo total de sono. Como consequência resulta em sonolência excessiva diurna e/ou hiperatividade, problemas escolares e de relacionamento, inversão do ciclo sono-vigília (Shochat, et al., 2013). É essencial o diagnóstico diferencial com patologias psiquiátricas, tais como depressão e esquizofrenia. Recordamos que a insônia pode ser o sintoma inicial dessas morbidades. O manejo terapêutico consiste em seguir uma rotina adequada de higiene do sono, terapia comportamental e em casos selecionados o uso de melatonina. O primeiro passo na investigação da insônia é fazer uma entrevista detalhada, complementada por um diário de sono durante pelo menos duas semanas. Nos casos mais complicados, pode-se fazer um estudo polissonográfico, que registra diversos critérios respiratórios, musculares e cerebrais (Antunes,2019). O papel reparador que o sono desempenha tem grande interesse para o bem-estar geral do ser humano, e na adolescência sua presença de forma adequada é ainda mais relevante, por ser um momento de intensas modificações morfológicas, fisiológicas, emocionais e hormonais que preparam o indivíduo para a fase adulta e consequente maturação sexual). Adolescentes são naturalmente mais vulneráveis a distúrbios do sono, principalmente pela insônia, isso porque durante a puberdade o

momento de liberação da melatonina muda alterando o ritmo circadiano dessa população. Assim a preferência por horários mais tardios para dormir e acordar é uma consequência não somente de fatores socio comportamentais, mas também biológicos Moore, M; & Meltzer, L.J. (2008). Foram identificados 41 artigos que investigaram aspectos epidemiológicos e comportamentais do sono em adolescentes na população mundial. A faixa etária contemplada pelos estudos variou de 5 a 32 anos, Mesmo com a grande abrangência de idade, é necessário esclarecer que todos os estudos tinham como foco o adolescente, sendo avaliado algumas vezes juntamente com a fase infantil e a fase adulto jovem. Moore & Meltzer, (2008). Sobre os tipos de estudos avaliados, 34 eram de corte transversal, e sete estudos longitudinais, e o país com maior número de publicações foram os Estados Unidos com nove artigos, seguidos da China com seis publicações. Em suma, os estudos selecionados observaram que o adolescente tem reportado uma percepção negativa da qualidade do seu sono assim como uma duração insuficiente. A maioria dos estudos analisados concluíram que com o aumento da idade na adolescência ocorre progressivamente uma diminuição das horas de sono (Al-Hazzaa et al.,2014). Foi isso que (Maslowsky, et al.,2014) demonstraram em seu estudo utilizando dados do *National Longitudinal Study of Adolescent Health* (Add Health) com 20745 adolescentes americanos, o qual mostrou uma diminuição das horas de sono dos 13 aos 18 anos e um aumento dessas horas a partir dos 19 anos.

É comum que na adolescência os indivíduos mostrem um estilo de vida mais ansioso, visto que se encontram envolvidos em diversos tipos de atividades e em uso de tecnologias e informações constantes. Outro fator capaz de explicar as variações de humor comuns a essa fase se relacionam às cobranças, seja por parte da família, escola, seja da comunidade, já que eles não são mais considerados crianças tampouco adultos, e a eles se conferem decisões importantes para a fase adulta, como é o caso da escolha profissional. Todo o conjunto de alterações de humor, prováveis conflitos familiares e cobranças, ligadas ao meio cada vez mais globalizado podem também ser responsáveis pela diminuição de horas de sono.

Definido como atraso fase (retardamento) do horário de dormir que leva como consequência a um despertar tardio. Esse é um distúrbio de ritmo circadiano, que ocorre em adolescentes em função de alterações hormonais e com desvio do horário de sono noturno em função de marca passo endógeno. É uma causa frequente de insônia e pode ocorrer em outras idades, além da adolescência. Os conflitos ocorrem porque o horário

de deitar não coincide com o horário de sono e o adolescente se recusa. Caracterizada por uma combinação entre associações previamente vividas e Hiper vigilância. A queixa consiste em uma preocupação exagerada com o dormir, ou conseguir dormir, e com os efeitos adversos do “não dormir”. Esse tipo de situação ocorre por meio de uma combinação entre fatores de risco (vulnerabilidade genética, comorbidades psiquiátricas), fatores gatilho (estresse) e outros fatores (má higiene do sono, uso de cafeína, etc.)

O nosso cérebro regula-se por três relógios. Um está na profundidade do cérebro, uma região chamada de hipotálamo. Outra tem a ver com a nossa atividade social e o terceiro com a modificação da luz do dia para noite. Quando os relógios mostram horas diferentes temos problemas (Antunes, 2019). Com a puberdade o relógio biológico atrasa-se pelo que a vontade de dormir surge, mas tarde. Claro que isso se agrava com os ecrãs, SMS enviados por debaixo dos lençóis, treinos de futebol tardios e consumo de cafeína. A consequência é que também apetece dormir mais de manhã. Em dias de escola isso não é possível, pelo que os adolescentes vingam-se ao fim de semana. Um atraso de fase corresponde a ter sono pelo menos duas horas mais tarde do que se devia. (Antunes, 2019).

Uma base biológica na luta dos adolescentes na hora de ir para a cama. Em teoria, as aulas para jovens deviam começar mais tarde, mas como isso não acontece, ficam a dever horas ao sono que pagam, em parte, no sábado ou no domingo. Durante a semana podem-se sentir cansados, ensonados e o estudo não rende. Sabemos que apenas um em cada cinco adolescentes dorme menos de oito horas nos dias de escola. O diagnóstico não é difícil de fazer depois do procedimento de um diário de sono. Acronoterapia é uma forma de tratar o atraso de fase. É um método simples de explicar, mas difícil de fazer cumprir: recua-se a hora de deitar e de acordar 15 minutos a cada três dias – se o jovem vai para a cama às 23 h 30, durante dois ou três dias deve-se deitar às 23h15, e assim constantemente, todos os dias da semana, até atingir a hora desejada, não permitindo sestas. A toma de melatonina pode ser útil. Se nem sempre é fácil voltar a ajustar o relógio, mais difícil ainda é mantê-lo certo, pelo que é essencial manter a disciplina do sono. (Antunes,2019). As parassónias são fenómenos indesejados associados ao sono ou ao despertar. Os pesadelos e o sonambulismo, por exemplo, estão nesta categoria. São consideradas perturbações do sono porque são desagradáveis ou podem provocar acidentes (Antunes,2019). São muito frequentes até a puberdade, quando em geral acabam, mas em alguns casos persistem ou reaparecem na adolescência ou na idade

adulta. Os fatores genéticos são importantes. A incidência duplica quando um dos pais é sonâmbulo, e triplica se ambos o são ou foram. As parassónias dividem-se em quatro categorias: associadas ao sono REM, associadas ao sono NREM, outras parassónias, como a enurese noturna (chichi na cama) e sintomas como o soníloquo (falar a dormir) (Antunes,2019).

Com esta situação recorrente nas consultas de patologia do sono pude fazer uma sessão formativa com os enfermeiros do serviço, em particular a enfermeira de referência dada a importância da realidade que se apresenta. Ensinar os adolescentes sobre a importância do sono para a saúde é uma tarefa importante para os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, que fazem ações de educação para a saúde. Uma das mais significativas modificações comportamentais que os adolescentes podem fazer a nível do padrão de sono, é estabelecer e manter um horário regular de deitar e levantar (National Sleep Foundation, 2000).

Apêndice 7- PowerPoint- Sono e Insónia por atraso de fase



Hospital Pediátrico de Coimbra



USF-CELAS SAÚDE



OBJETIVOS GERAIS:

CONHECER A IMPORTÂNCIA DO SONO NO DESENVOLVIMENTO DO ADOLESCENTE E DESENVOLVER INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM PROMOTORAS DE UM SONO SAUDÁVEL.

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- IDENTIFICAR FASES DO SONO;
- COMPREENDER AS IMPLICAÇÕES DA INSÔNIA POR ATRASO DE FASE;
- IDENTIFICAR AS PERTURBAÇÕES DO SONO.

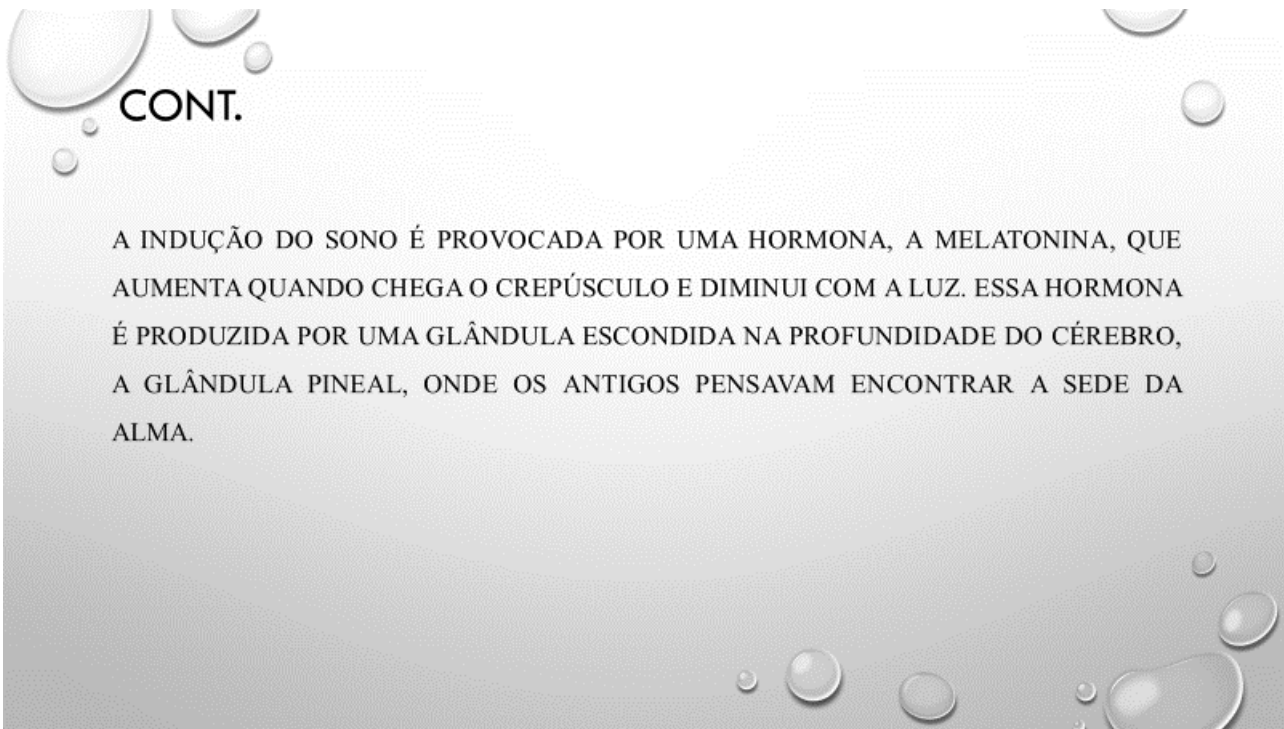
METODOLOGIAS:

- EXPOSITIVO
- INTERROGATIVO / INTERATIVO



SONO

É DURANTE O SONO QUE O NOSSO CÉREBRO CONSOLIDA ÀS MEMÓRIAS DOS ACONTECIMENTOS DO DIA. ENQUANTO DESCANSAMOS, O NOSSO CÉREBRO ESTÁ ATAREFADO A ARRUMAR AS IDEIAS. NÃO É DE ESTRANHAR QUE AS CRIANÇAS QUE DORMEM MAL TENHAM DIFICULDADES EM APRENDER (N.L. ANTUNES,2019).



CONT.

A INDUÇÃO DO SONO É PROVOCADA POR UMA HORMONA, A MELATONINA, QUE AUMENTA QUANDO CHEGA O CREPÚSCULO E DIMINUI COM A LUZ. ESSA HORMONA É PRODUZIDA POR UMA GLÂNDULA ESCONDIDA NA PROFUNDIDADE DO CÉREBRO, A GLÂNDULA PINEAL, ONDE OS ANTIGOS PENSAVAM ENCONTRAR A SEDE DA ALMA.

CICLO DO SONO

HÁ DUAS FASES PRINCIPAIS NO SONO: A REM E A NÃO REM(NREM). A SIGLA REM PROVÉM DO INGLÊS RAPID EYE MOVEMENTS, OU MOVIMENTOS OCULARES RÁPIDOS. OU SEJA, HÁ UMA FASE DO SONO EM QUE OS OLHOS ESTÃO QUIETOS E OUTRA EM QUE ESTÃO A MEXER (POR DE TRAVÉS DAS PÁLPEBRAS, É CLARO). NA FASE REM SONHAMOS, NA OUTRA ESTAMOS SOSSEGADOS. O SONO NREM É AINDA DIVIDIDO EM TRÊS FASES (N1, N2 E N3), QUE VARIAM NA SUA PROFUNDIDADE. DESPERTAMOS MAIS FACILMENTE NA N1 DO QUE NA N3.

INSONIA POR TRASO DE FASE

DEFINIDO COMO ATRASO (RETARDAMENTO) DO HORÁRIO DE DORMIR QUE LEVA COMO CONSEQUÊNCIA UM DESPERTAR TARDIO(AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE,2014). ESSE É UM DISTÚRPIO DE RITMO CIRCADIANO, QUE OCORRE EM ADOLESCENTES EM FUNÇÃO DE ALTERAÇÕES HORMONAIIS E COM DESVIO DO HORÁRIO DE SONO NOTURNO EM FUNÇÃO DE MARCA PASSO ENDÓGENO. É UMA CAUSA FREQUENTE DE INSÔNIA E PODE OCORRER EM OUTRAS IDADES, ALÉM DA ADOLESCÊNCIA. OS CONFLITOS OCORREM PORQUE O HORÁRIO DE DEITAR NÃO COINCIDE COM O HORÁRIO DE SONO E O ADOLESCENTE SE RECUSA (AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE,2014).



CONT.

DURANTE A NOITE PASSAMOS POR VÁRIOS CICLOS DO SONO, INTERCALADOS POR MOMENTOS CURTOS DE DESPERTAR, DOS QUAIS NÃO GUARDAMOS MEMÓRIA. OS PRIMEIROS CICLOS SÃO APENAS DE SONO NREM, E PASSAMOS PELAS SUAS FASES COMO SE ESTIVÉSSEMOS A DESCER OS DEGRAUS DE UMA ESCADA. COMEÇAMOS PELO SONO SUPERFICIAL (N1), DESCEMOS AO SONO LEVE (N2) E CHEGAMOS, ENTÃO AO SONO PROFUNDO (N3). DEPOIS VOLTAMOS A SUBIR AQUELES DEGRAUS ATÉ CHEGARMOS AO N1. (N.L. ANTUNES,2019).



CONT.

O PADRÃO DE SONO VARIA COM A IDADE. OS ADOLESCENTES TÊM DIFICULDADES EM ADORMECER E GOSTAM DE SE LEVANTAR MAIS TARDE DO QUE NA INFÂNCIA. ISTO É DEVIDO A UMA ALTERAÇÃO NA SECREÇÃO DA MELATONINA, E NÃO APENAS AO EFEITO DAS DISCOTECAS. AS PESSOAS MAIS VELHAS PELO CONTRÁRIO, TENDEM A ADORMECER CEDO, ACORDAR ÀS PRIMEIRAS HORAS DA MANHÃ E TEREM DIFICULDADE EM ADORMECER DE NOVO. DURANTE O DIA VOLTAM A PASSAR POR PERÍODOS DE SESTA. ENTRE OS 5 E OS 10 ANOS, AS CRIANÇAS TÊM PERÍODOS PROGRESSIVAMENTE MAIORES DE SONO NREM, E AUMENTAM OS DESPERTARES PARCIAIS NA TRANSIÇÃO PARA O SONO REM. OS TERRORES NOTURNOS, O SONAMBULISMO E O SONILÓQUIO (FALAR A DORMIR), SURGEM NESTES PERÍODOS DE DESPERTAR PARCIAL, PELO QUE SÃO PARTICULARMENTE COMUNS NESTAS IDADES (N.L. ANTUNES,2019).





CONT.

MUITAS CRIANÇAS COM PERTURBAÇÃO DE HIPERATIVIDADE, OU COM ESPETRO DO AUTISMO, TÊM UM SONO PERTURBADO DURANTE OS PRIMEIROS MESES DE VIDA. UM SONO BEM REGULADO EXIGE UM SISTEMA NERVOSO BEM AFINADO. (N.L. ANTUNES, 2019).



CONT.

DURANTE A ADOLESCÊNCIA A INSÔNIA APRESENTA CARACTERÍSTICAS RELACIONADAS À MUDANÇA DE HÁBITOS SOCIAIS (TENDÊNCIA A DORMIR MAIS TARDE) E A PROBLEMAS DE HIGIENE DO SONO. SÃO CONSIDERADOS HÁBITOS DE HIGIENE DO SONO INADEQUADOS: DORMIR APÓS AS 23 HORAS E ACORDAR APÓS AS 8 HORAS; ESQUEMA IRREGULAR DE SONO ENTRE DIAS DE SEMANA E FIM DE SEMANA; USO DE SUBSTÂNCIAS EXCITANTES OU DROGAS (LÍCITAS E ILÍCITAS); EXCESSO DE CAFEÍNA NO FIM DA TARDE OU À NOITE E/OU USO DE APARELHOS ELETRÔNICOS NO QUARTO ANTES DE DORMIR (TV, COMPUTADOR, CELULAR). TAMBÉM TEM INFLUÊNCIA NA QUALIDADE DO SONO A PRESSÃO SOCIAL E FAMILIAR; MUDANÇAS HORMONAIS E A NECESSIDADE DO SENTIDO DE PERTENCIMENTO A UM GRUPO (FOSSUM IN, NORDNES LT, STOREMARK SS, BJORVATN B, PALLESEN S. 2014).



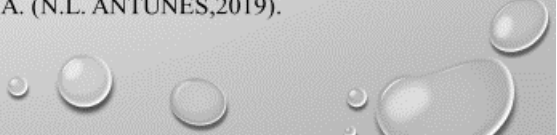
INSÓNIA

A INSÓNIA É DEFINIDA COMO UMA DIFICULDADE PERSISTENTE EM ADORMECER OU MANTE-SE A DORMIR, COMPROMETENDO A CONSOLIDAÇÃO DURAÇÃO OU QUALIDADE DO SONO. TEM IMPACTO NO FUNCIONAMENTO DO DIA A DIA E POR DEFINIÇÃO, NÃO É DEVIDA A DROGA OU DOENÇAS (N.L. ANTUNES,2019).



CONT.

O NOSSO CÉREBRO REGULA-SE POR TRÊS RELÓGIOS. UM ESTÁ NA PROFUNDIDADE DO CÉREBRO, UMA REGIÃO CHAMADA DE HIPOTÁLAMO. OUTRA TEM A VER COM A NOSSA ATIVIDADE SOCIAL E O TERCEIRO COM A VARIAÇÃO DA LUZ DO DIA PARA NOITE. QUANDO OS RELÓGIOS MOSTRAM HORAS DIFERENTES TEMOS PROBLEMAS (N.L. ANTUNES,2019). COM A PUBERDADE O RELÓGIO BIOLÓGICO ATRASA-SE PELO QUE A VONTADE DE DORMIR SURTI, MAS TARDE. CLARO QUE ISSO SE AGRAVA COM OS ECRÃS, SMS ENVIADOS POR DEBAIXO DOS LENÇÓIS, TREINOS DE FUTEBOL TARDIOS E CONSUMO DE CAFEÍNA. A CONSEQUÊNCIA É QUE TAMBÉM APETECE DORMIR MAIS DE MANHÃ. EM DIAS DE ESCOLA ISSO NÃO É POSSÍVEL, PELO QUE OS ADOLESCENTES SE VINGAM-SE AO FIM DE SEMANA. UM ATRASO DE FASE CORRESPONDE A TER SONO PELO MENOS DUAS HORAS MAIS TARDE DO QUE SE DEVIA. (N.L. ANTUNES,2019).



IMPORTÂNCIA

- O SONO É CONSIDERADO COMO UM FATOR PRIMÁRIO NO DESENVOLVIMENTO DOS ADOLESCENTES;
- INFLUENCIANDO MUITOS ASPETOS DO SEU DIA A DIA NOMEADAMENTE A SUA CAPACIDADE DE PENSAR O SEU COMPORTAMENTO E FORMA DE SENTIR (O'BRIEN & MINDELL, 2005).
- A PRIVAÇÃO DO SONO É UM DOS PROBLEMAS DAS SOCIEDADES MODERNAS, NÃO SÓ NA ADOLESCÊNCIA COMO NOOUTRAS FAIXAS ETÁRIAS. (NATIONAL SLEEP FOUNDATION, 2000),

CONT.

- NA ADOLESCÊNCIA OCORREM ALTERAÇÕES PROFUNDAS NO PADRÃO DO SONO (RUSSO ET AL., 2007).
- AS MODIFICAÇÕES FÍSICAS, COGNITIVAS, SOCIAIS E EMOCIONAIS QUE SE PROCESSAM NA ADOLESCÊNCIA PODEM TER UM IMPACTO SIGNIFICATIVO, NÃO SÓ NOS COMPORTAMENTOS, COMO TAMBÉM NOS PADRÕES DE SONO(CARNO ET AL., 2003; PATTEN ET AL., 2000).

CONT.



SONO NO ADOLDESCENTE-AUDIOVISUAL



Fonte:

https://www.youtube.com/watch?v=qvpT4v5VZzo&ab_channel=Balan%C3%A7oGeral

Fonte: <https://youtu.be/nJR2hmbQTGI>

CONT.

CONT.



CONT.



HORAS DO SONO

SEGUNDO REVISÃO REALIZADA PELO NATIONAL SLEEP FOUNDATION'S SOBRE AS HORAS DE SONO RECOMENDADAS PARA DIVERSAS FAIXAS ETÁRIAS, NAS IDADES DE 6 A 13 ANOS RECOMENDA-SE DE NOVE A ONZE HORAS DE SONO, E PARA ADOLESCENTES COM IDADE DE 14 A 17 ANOS DE OITO A DEZ HORAS, PORÉM ESTUDOS EM DIVERSOS PAÍSES MOSTRAM QUE O SONO DOS ADOLESCENTES DO SÉCULO XXI É DIFERENTE DO RECOMENDADO²⁻⁴. A PARTIR DAS HORAS DE SONO RECOMENDADAS, SUGERE-SE ENTÃO COMO INADEQUADOS TANTO O SONO CURTO QUANTO O MAIS LONGO DO QUE O RECOMENDADO(HIRSHKOWITZ M, WHITON K, ALBERT SM, ALESSI C, BRUNI O, DONCARLOS L, ET AL.,2015).

PAPEL RESTAURADOR DO SONO

O PAPEL RESTAURADOR QUE O SONO DESEMPENHA TEM GRANDE IMPORTÂNCIA PARA O BEM-ESTAR GERAL DO SER HUMANO, E NA ADOLESCÊNCIA SUA PRESENÇA DE FORMA ADEQUADA É AINDA MAIS RELEVANTE, POR SER UM MOMENTO DE INTENSAS MODIFICAÇÕES MORFOLÓGICAS, FISIOLÓGICAS, EMOCIONAIS E HORMONAIAS QUE PREPARAM O INDIVÍDUO PARA A FASE ADULTA E CONSEQUENTE MATURAÇÃO SEXUAL; ADOLESCENTES SÃO NATURALMENTE MAIS VULNERÁVEIS A DISTÚRBIOS DO SONO, PRINCIPALMENTE PELA INSÔNIA, ISSO PORQUE DURANTE A PUBERDADE O MOMENTO DE LIBERAÇÃO DA MELATONINA MUDA ALTERANDO O RITMO CIRCADIANO DESSA POPULAÇÃO (HIRSHKOWITZ M, WHITON K, ALBERT SM, ALESSI C, BRUNI O, DON CARLOS L, ET AL.,2015).

CONT.



INTERVENÇÃO DE ENFERMAGEM

- ENSINAR OS ADOLESCENTES SOBRE A IMPORTÂNCIA DO SONO, É UMA TAREFA IMPORTANTE PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, NOMEADAMENTE OS ENFERMEIROS, QUE FAZEM AÇÕES DE EDUCAÇÃO PARA A SAÚDE;
- UMA DAS MAIS SIGNIFICATIVAS MODIFICAÇÕES COMPORTAMENTAIS QUE OS ADOLESCENTES PODEM FAZER A NÍVEL DO PADRÃO DE SONO, É ESTABELECE E MANTER UM HORÁRIO REGULAR DE DEITAR E LEVANTAR; AS AÇÕES DE EDUCAÇÃO PARA SAÚDE POR PARTE DO ENFERMEIRO É DE CARACTER IMPORTANTE NA PROMOÇÃO DA SAÚDE E PREVENÇÃO DA DOENÇA (NATIONAL SLEEP FOUNDATION, 2000).

CONT.

- OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE, DEVEM UTILIZAR O CONHECIMENTO DOS FATORES QUE PROPICIAM O RISCO DE DESENVOLVIMENTO DE COMPORTAMENTOS DESVIANTE E OS QUE PROTEGEM OS ADOLESCENTES DO ENVOLVIMENTO EM COMPORTAMENTOS DE RISCO, COMO BASE PARA O DESENVOLVIMENTO DAS SUAS INTERVENÇÕES.
- UM DOS DESAFIOS PARA OS PROFISSIONAIS DE SAÚDE QUE TRABALHAM COM ADOLESCENTES É ENVOLVÊ-LOS EM COMPORTAMENTOS SAUDÁVEIS. A SUA INTERVENÇÃO, NOMEADAMENTE DOS ENFERMEIROS, NA PROMOÇÃO DE ESTILOS DE VIDA SAUDÁVEIS NA ADOLESCÊNCIA É IMPRESCINDÍVEL; POIS NOS DIAS DE HOJE OS ADOLESCENTES ESTÃO EXPOSTOS A RISCOS, PRIVAÇÕES DO SONO POR VÁRIAS ATIVIDADES NOTURNA SEM PENSAR EM DESACELERAR O RITMO, PRESSÕES NUMA ESCALA QUE OS SEUS PAIS NÃO ENFRENTARAM. A GLOBALIZAÇÃO ACELEROU MUDANÇAS E AS ESTRUTURAS QUE OS PROTEGIAM NO PASSADO, TÊM SIDO CORROÍDAS. OS ADOLESCENTES RECEBEM MENSAGENS CONTRADITÓRIAS SOBRE COMO DEVEM FAZER AS ESCOLHAS DO DIA A DIA, QUE TÊM CONSEQUÊNCIAS PARA O SEU DESENVOLVIMENTO SAUDÁVEL E VIDA FUTURA (WHO, 2002).

QUESTIONÁRIO DE REFLEXÃO

- 1-O QUE PODEMOS FAZER ATRAVÉS DAS NOSSAS CONSULTAS PARA APOIAR OS ADOLESCENTES A DAR IMPORTÂNCIA DO SONO?
- 2-COMO NEGOCIAR COM O ADOLESCENTE PARA RESPEITAR OS HORÁRIOS DE SONO E AS ATIVIDADES NOTURNA QUE APRECIAM?
- 3-QUAL O EXEMPLO A SUGERIR AOS PAIS PARA O BENEFÍCIO DA FAMÍLIA E EM PARTICULAR DO ADOLESCENTE?
- 4-QUE ESTRATÉGIAS OS ENFERMEIROS PODEM LEVAR ACABO PARA AJUDAR OS ADOLESCENTES DIANTE DE COMPORTAMENTOS NOCIVOS? QUAL SERIA A NOSSA MOTIVAÇÃO?



MUITO
OBRIGADO PELA
ATENÇÃO E
PARTICIPAÇÃO!

FONTE DAS IMAGENS:

https://www.Google.Com/search?Q=noites+dos+adolescentes&rlz=1c1chbd_pt-ptpt892pt892&sxsrf=aoaemvjhu-wx3az8z6z0aqwo3670aeqciq:1636462783256&source=lnms&tbm=isch&sa=

Algumas referências bibliográficas:

WHO (2002a). *Adolescent friendly health services - an agenda for change*. Geneva: the department of child and adolescent health and development. Consultado através de http://www.Who.Int/reproductivehealth/publications/cah_docs/cah_02_14.Pdf

National sleep foundation. (2000). *Adolescent sleep needs and patterns: researchreport and resource guide*. Consultado de http://www.Sleepfoundation.Org/atf/cf/%7BF6BF2668-A1B4-4FE8-8D1AA5D39340D9CB%7D/sleep_and_teens_report1.Pdf

Fonte do Vídeo :

https://www.youtube.com/watch?v=qvpT4v5VZzo&ab_channel=Balan%C3%A7oGeral

CONT.

- Fossum IN, Nordnes LT, Storemark SS, Bjorvatn B, Pallesen S.(2014) *The Association Between use of Electronic media in bed Before going to Sleep and Insomnia Symptoms, Daytime Sleepiness, Morningness, and Chronotype. Behav sleep.*
- AMERICAN ACADEMY OF SLEEP MEDICINE. (2014) *International Classification of Sleep Disorders (ICSD).* Disponível em [HTTP://WWW.AASMNET.ORG/LIBRARY/DEFAULT.ASPX?ID=9](http://www.aasmnet.org/library/default.aspx?id=9)
- NUNO LOBO ANTUNES. (2019) *SENTIDOS O GRANDE LIVRO DAS PERTURBAÇÕES DO DESENVOLVIMENTO E COMPORTAMENTO* 3ª EDIÇÃO ISBN:979-989-23-43740-7 DEPOSITO LEGAL N°:446 481/18

Apêndice 8 - Enquadramento teórico- Alimentação

De acordo com a Organização Mundial da Saúde (OMS) adolescência é caracterizada por uma fase de intensas transformações físicas, comportamentais e psicológicas. (Deram, 2018). Durante esse período, a alimentação saudável para jovens requer muita atenção, pois as necessidades nutricionais de macro e micronutrientes (carboidratos, proteínas, gorduras, vitaminas e minerais) encontram-se aumentadas devido aos eventos da puberdade e ao passo de crescimento (Deram,2018). É um período que requer cuidados, já que vários fatores (psicológicos, culturais e socioeconômicos) começam a interferir na escolha alimentar do jovem. Nessa fase, o jovem está a formar sua identidade, e neste momento a sua alimentação influencia diretamente na maneira como ele é visto pelos colegas e como ele se vê no mundo. Por isso, é muito importante que a introdução alimentar, no início da vida, e a alimentação durante a infância tenham sido tranquilas e variadas, pois agora será mais difícil para o jovem modificar seu paladar. O alto consumo de lanches com alimentos ultraprocessados em sua composição, ricos em calorias, açúcares, gorduras e sódio (comuns nessa fase) e o grande consumo de bebidas doces afetam diretamente a saúde deles. Outra coisa importante quando falamos em alimentação saudável na adolescência é buscar desassociar padrão de beleza de saúde. O importante é focar em cuidar do corpo e buscar equilibrar sua saúde. Hoje em dia o padrão magro está em alta e existem muitos jovens que se submetem às mais variadas loucuras para entrar nas medidas exibidas pelas celebridades e influenciadores das redes sociais. Muitos pais, preocupados com o peso e com a saúde dos filhos, acreditam que dietas restritivas ou outros métodos radicais são a única saída para se estabelecer uma alimentação saudável na adolescência.

Sabemos que os dados sobre obesidade vêm crescendo a passos largos, e isso é comprovado por números. Um estudo liderado pelo Imperial College London e pela Organização Mundial da Saúde (OMS) mostrou que o número de crianças e adolescentes obesos de cinco a 19 anos aumentou dez vezes nos últimos 40 anos ao redor do mundo. (Deram, 2018). É fundamental assegurar uma nutrição adequada para maximizar o potencial de desenvolvimento de cada jovem. Na realidade, apercebemo-nos de que a alimentação de grande parte dos nossos adolescentes está longe de ser a mais adequada. Com o aumento da autonomia, começam a fazer as suas próprias escolhas alimentares, nem sempre as mais corretas. É frequente notarmos que não têm horários fixos para alimentação, comendo de forma algo errática e impulsiva. Saltam muitas refeições,

acabando por ir «petiscando» ao longo do dia, habitualmente com alimentos hipercalóricos e de baixo valor nutricional. Outra característica de muitos adolescentes é a preocupação com a autoimagem, o que os leva muitas vezes a tentar emagrecer com dietas extremamente restritivas e inadequadas às necessidades nutricionais desta fase. Ao mesmo tempo em que essa é uma questão de saúde pública, aumentando o risco de diversas doenças crônicas que até algumas décadas atrás eram “coisa de adulto” - como diabetes do tipo 2 e hipertensão -, também temos que observar os fatores comportamentais que influenciam a alimentação dos nossos jovens. São mais silenciosos, mas bem preocupantes e ver um número crescente de casos de transtornos alimentares (Deram, 2018).

Uma dieta equilibrada é aquela que consegue providenciar quantidades adequadas de todos os nutrientes, vitaminas e oligoelementos, evitando excessos nocivos para a saúde. De uma forma geral, isso implica ingerir diariamente três refeições regulares, com alguns lanches pelo meio, incluindo alimentos variados, nas proporções adequadas. É importante evitar saltar refeições (CUF,2020). Uma forma adequada de verificar como distribuir as proporções dos diversos tipos de alimentos é olhar para a pirâmide alimentar. Ela distribui os diferentes grupos de alimentos, desde a base até ao topo, por ordem decrescente de quantidades em que devem estar presentes na dieta. De seguida, descrevem-se esses grupos alimentares, da base para o vértice, ou seja, por ordem decrescente de quantidade na dieta equilibrada:

1.º patamar: As frutas e os vegetais são ricos em vitaminas e minerais, fundamentais para garantir o correto funcionamento de várias funções vitais ao nosso organismo. Devem estar presentes em todas as refeições, em quantidade abundante. As leguminosas (feijão, ervilhas, grão, lentilhas, ...) estão também aqui representadas; são uma boa fonte de proteína e ferro.

2.º patamar: O pão e os cereais contêm hidratos de carbono que providenciam a energia necessária ao funcionamento dos músculos e cérebro. São também uma excelente fonte de fibras e vitaminas do complexo B. Durante a adolescência todas as refeições devem incluir hidratos de carbono.

3.º patamar: A carne, de preferência magra, como a das aves, o peixe, ovos, frutos secos e sementes são excelentes fontes de proteína e ferro. O aporte proteico é fundamental para o crescimento rápido e desenvolvimento pubertário característicos da adolescência. As dietas restritivas são muitas vezes pobres em proteínas e podem condicionar um atraso do

crescimento. No caso de dietas vegetarianas, os produtos de origem animal devem ser aqui substituídos por leguminosas, frutos secos e sementes. Leite, queijo e iogurtes são fontes muito importante de cálcio, tão fundamental nesta idade devido à formação óssea e ao correto funcionamento do coração, músculos e sistema nervoso.

Vértice ou 4.º patamar: Inclui as gorduras, que devem estar presentes em pequenas quantidades e devem preferir-se as mais saudáveis, ou seja, as de origem vegetal. Devem ser usadas em pequenas quantidades na confeção de alimentos. As gorduras estão presentes em vários alimentos que fazem frequentemente parte do quotidiano dos nossos adolescentes, por exemplo, o chocolate, gelados, a batata frita, os bolos e fritos. O consumo excessivo de gorduras ocorre na maioria dos casos de excesso de peso ou obesidade.

Deve ingerir-se água em abundância para manter o estado de hidratação e prevenir a obstipação. Evitar os refrigerantes, que são ricos em hidratos de carbono de absorção rápida e hipercalóricos, podendo levar ao excesso de peso.

Deve evitar-se o excesso de sal, que pode ajudar ao desenvolvimento de hipertensão arterial; prefira ervas aromáticas para temperar os alimentos (CUF, 2020).

Falar de alimentação saudável na adolescência sem abordar os aspetos psicológicos que marcam essa fase da vida seria uma perda de tempo, porque o comportamento é tão importante quanto o nutriente. Mas nem todo mundo que está magro está saudável, e nem todo mundo que está com sobrepeso está com a saúde comprometida. É preciso que cada um respeite seu biótipo e busque sua melhor versão sem agredir o corpo. Sem colocá-lo em risco com dietas super-restritivas, remédios “milagrosos” sem orientação médica ou longas horas de jejum sem nenhum tipo de acompanhamento (Deram, 2018). A alimentação saudável para jovens deve ser uma extensão da alimentação de todos nós. Seja criança ou adolescente, é importante ressaltar que os adultos são seus exemplos, por isso, muitas vezes é preciso olhar para os hábitos da família como um todo. A alimentação saudável para jovens deve ser baseada em algumas sugestões e dicas que podem ajudar a família: 1- Dar preferência para uma alimentação bem variada que inclui todos os grupos alimentares. Além disso, o jovem deve se hidratar de preferência com água e diminuir o consumo de refrigerantes, sucos artificiais, balas, salgadinhos e outras guloseimas. Uma boa estratégia seria não armazenar esses tipos de alimentos em casa, deixando para comprar somente ocasionalmente. 2- Estabelecer diálogo é muito importante conversar com o adolescente, orientando sobre a importância de uma boa alimentação e como fazer

melhores escolhas quando estiver em alguns cafés, ou mesmo um supermercado, tendo atenção sobre os rótulos. O discurso deve ser positivo, com orientações de comer, comer melhor e não menos. 3- Convide-o ajudar na confeção de alguns alimentos, pois quanto mais nos conectamos com os alimentos, melhor fica nossa relação com a comida. Já o consumo de frituras, bebidas doces e produtos ultraprocessados devem sempre ser desestimulado, mas sem terrorismo nutricional e sem culpa sendo oferecida a opção frescas, caseiras de preferência cozida e principalmente a assada. Em certos momentos escolher uma preparação melhor trará benefícios. 4- Ter atenção com comportamentos de risco e dietas restritivas. É muito importante a família estar atenta e presente na vida do jovem, identificando fatores de risco nutricional como o fumo, ingestão de álcool e bebidas energéticas, poucas horas de sono.

Além disso, a família que procura a alimentação saudável para seus filhos (crianças/adolescentes) devem observar se eles se tem estado a pular refeições, evitando grupos alimentares ou optando por uma dieta vegetariana/vegana sem acompanhamento de um profissional ou adoção frequente de dietas milagrosas e alimentos para perder peso. (Deram, 2018). 5- Uma rotina saudável é essencial, tendo horários pré-determinados, sentados todos juntos à mesa e sem distrações como televisão, telemóveis e tablets. O horário da refeição é ideal para o encontro e também para o diálogo familiar ajuda no estreitamento dos laços familiares. 6- Estimular a atividade física, para ajudar o adolescente. As atividades físicas são ótimas opções para aliviar o estresse, melhorar alongamento, corrigir postura, fortalecer a musculatura, etc. Incentive-o a ser uma pessoa mais ativa, optando por andar mais a pé ou usar escadas convencionais, ao invés das rolantes. Não deixe a internet e eletrônicos disponíveis a todo o momento, para assim desestimular o sedentarismo. 7- Incentivar o consumo de água, levar na escola ou academia água na pasta.

A alimentação saudável para jovens precisa de muita conversa e apoio, lembrando sempre que nessa fase o jovem está a procura autonomia e autenticidade, e que regras muito rígidas serão sempre encaradas como desafios a serem vencidos. Para quem é adolescente/jovem e procura melhorar a alimentação para melhorar a qualidade de vida, estas sugestões são de caráter importante.

Apêndice 9 - Fotos da Cozinha do Hospital Pediátrico de Coimbra

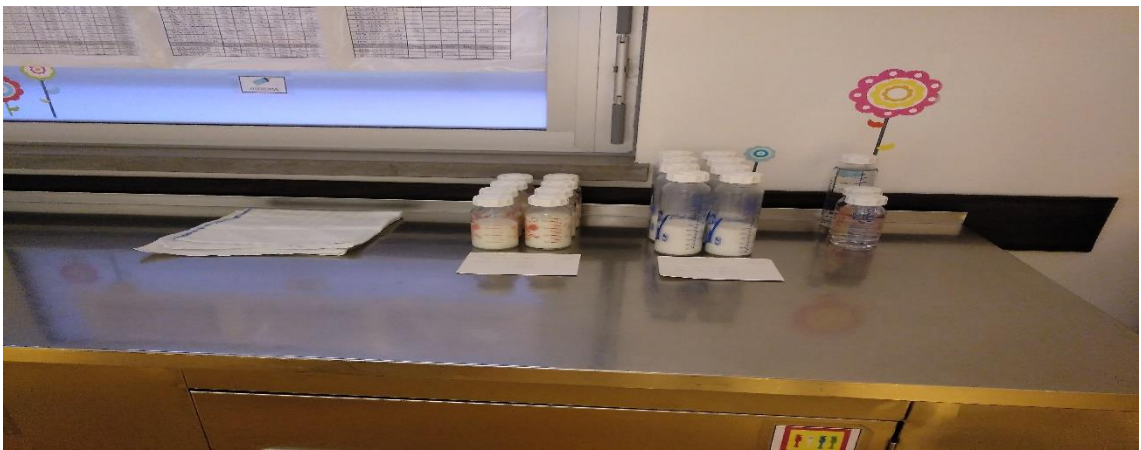














Fotos Autorizada para este Relatório 7/10/2021

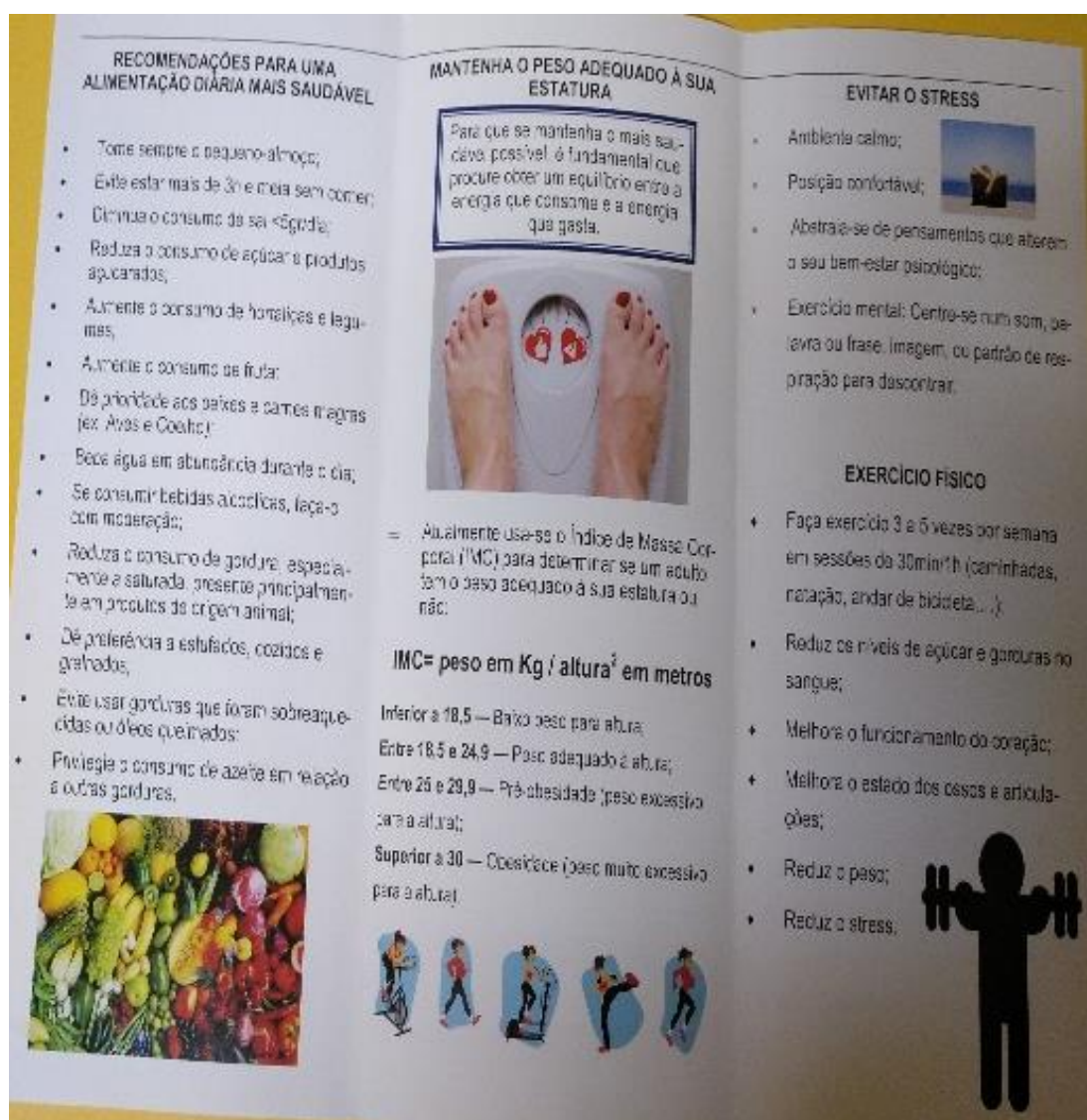
Apêndice 10 - Plano de Sessão de Formação para Enfermeiros/USF-Celas Saúde

Tema: Sono e Insónia por atraso de fase			Tempo
Formador	António Paulo Nunes Simões	Local: USF-Celas Saúde	
		Data: 2021	
		Duração prevista: 50min	
Destinatários: Equipa de enfermagem da USF-Celas Saúde.			
Objetivos Gerais: Que sejam capazes de conhecer a importância do sono no desenvolvimento do adolescente e desenvolverem intervenções de enfermagem promotoras de um sono saudável.			
Objetivos Específicos: - Que sejam capazes de identificar fases do sono; - compreender as implicações da insónia por atraso de fase; - Identificar as perturbações do sono.			
Metodologias:	Recursos		
- Expositivo - Interrogativo/ Interativo	Audiovisuais (Computador e data-show)		10mn
	Meios audiovisuais (Computador e data-show)		5mn

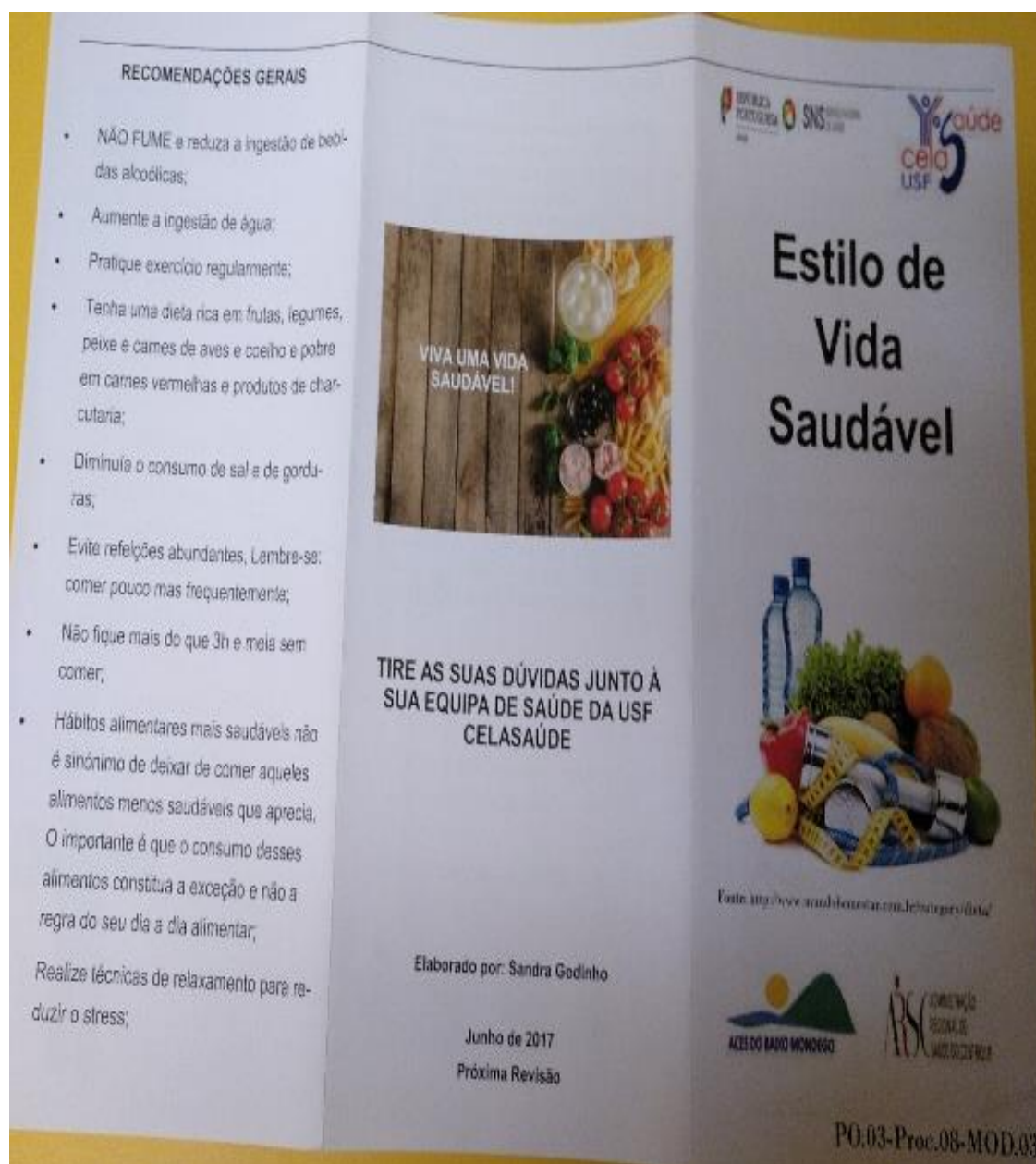
	Texto, imagens e vídeo (mostrando ambiente de adolescentes com insónia de atraso de fase).	20mn
Partilha de experiências, sugestões de melhoria e comentários	Discussão, método Interrogativo/ Interativo	10mn
Avaliação da seção	Questionário/ reflexão	5mn

ANEXOS

Anexo 1- Folheto / Estilo de vida saudável



Fonte: USF Celas Saúde (2017)



Fonte: USF Celas Saúde (2017)

Anexo 2- Proposta de Diversificação Alimentar

PROPOSTA DE DIVERSIFICAÇÃO ALIMENTAR



A proposta apresentada para a introdução gradual dos diferentes alimentos deve ser considerada como orientadora e os momentos propostos têm como objetivo o treino progressivo de texturas e paladares, bem como a avaliação de possíveis intolerâncias alimentares. Este esquema deve ser flexível e adaptável às características culturais e familiares.



Aleitamento Materno (LM) exclusivo **ou** Leite Fórmula Infantil 1 (LF1) **ou** LM+LF1

- ✓ O LM exclusivo é recomendado até aos 4-6 meses de idade.

4-5 MESES 1 sopa de legumes e fruta + 1 papa ao lanche + leite nas restantes refeições

Primeiros grupos alimentares: hortícolas (sopa de legumes), fruta e cereais (papa)

Pode adotar-se o intervalo dos 2-3 dias:

Sopa de legumes ao almoço (150-180ml) → 2-3 dias → fruta no final da sopa → 2-3 dias → papa ao lanche

Como preparar a sopa?

- ✓ A sopa não deve incluir mais de 4 legumes, um de cada grupo;
- ✓ Introduzir um legume novo a cada 3 dias;
- ✓ Adicionar 5-7,5ml de azeite cru, no prato;
- ✓ **NÃO** adicionar sal;

Legumes Base	Fornecedores de Betacaroteno	Ricos em Antioxidantes	Folhas
Batata Cenoura Chuchu Batata doce Beringela Couve Flor	Cenoura Abóbora	Cebola Alho Alho-Francês	Alface Bróculos Couve Coração Feijão Verde
EVITAR: espinafre, nabo, nabika, beterraba e aipo (>12meses)			



Qual papa?

- ✓ Papa láctea (com leite incorporado, preparada com água) ou não láctea (preparada com LM ou LF)
- ✓ Papa com ou sem glúten
- ✓ As “papas biológicas” e papas caseiras **NÃO** são aconselhadas

Qual fruta?

- ✓ Preferencialmente fruta da época, variada, moída e crua;
- ✓ 1 vez/dia. Não deve ser utilizada como refeição/lanche (deve ser sobremesa ou complemento de lanche);
- ✓ Oferecer individualmente e não em purê de vários frutos nem em forma de sumo;
- ✓ Iniciar com maçã, pêra, banana → Progressivamente todas podem ser oferecidas
- ✓ **EVITAR** até aos 12 meses: kiwi, morango, amora, maracujá (potencialmente alergénicos)

5-6 MESES 1 sopa com carne/peixe e fruta + 1 papa ao lanche + leite nas restantes refeições

Proteína animal: 30 g de carne ou peixe por dia (peso do alimento cru e limpo de gordura);

Carne 4x/semana e peixe 3x/semana. Pode ser adicionada a creme de legumes, açorda ou farinha de pau

Quais?

- ✓ Iniciar com carne brancas (frango, peru, coelho, avestruz) - menos gordura saturada
- ✓ Iniciar com pescada, linguado, solha, faneca. Bacalhau apenas aos 12 meses.



7 MESES 2 sopas com carne/peixe e fruta + 1 papa ao lanche + leite nas restantes refeições

30 g/dia de carne ou peixe em 2 refeições (15g/dose)



8-9 MESES 2 refeições (sopa + 2ºprato+ fruta) + 1 papa ao lanche + leite nas restantes refeições

- ✓ Iniciar arroz branco ou massa cozidos à proteína
- ✓ Iogurte natural, sem aromas, sem açúcar e não cremoso (150-200 mL). Alternativa para um lanche
- ✓ Ovo: introdução gradual, 1º Gema (1/2 na 1ª semana → 1 na 2ª semana) e posteriormente o ovo inteiro. Máximo 3/semana. A gema/ovo substitui a carne/peixe.
- ✓ Leguminosas (feijão, grão, fava, lentilhas, ervilhas). Inicialmente sem casca e demolhadas
- ✓ Frutos gordos triturados (nunca inteiros)(noz, amêndoa, avelã, caju,...) e sementes (abóbora, linhaça, chia,...)



12 MESES

- ✓ Pode manter LF 2 ou iniciar leite de vaca gordo
- ✓ Alimentação da família como o mínimo de sal, gorduras e açúcar, respeitando a roda dos alimentos.

Fonte: USF Celas Saúde (s.d.)

RECOMENDAÇÕES GERAIS

Durante o aleitamento materno exclusivo não é necessário fornecer água ao bebê;
O aleitamento materno deve ser mantido durante a diversificação alimentar;
A diversificação alimentar deve ocorrer entre os 4 meses + 1 semana e os 6 meses + 1 semana.
Os bebés têm uma preferência inata para o sabor doce e salgado e um desgosto inato para o sabor amargo. Por isso recomenda-se iniciar a diversificação com a sopa de legumes e posteriormente a papa.
As sopas podem ser reservadas no frigorífico no máximo 48 horas. Deve congelar em pequenas doses.
Na introdução da <u>carne</u> : no 1º dia juntar apenas caldo da cozedura da carne à sopa de legumes. Nos 2 a 3 dias seguintes cozinhar a carne juntamente com os legumes. O <u>peixe</u> pode ser cozido separadamente e ser junto apenas quando triturar os legumes.
As refeições devem ter horário regular;
Ofereça os alimentos à colher, aumentando progressivamente a quantidade e consistência das refeições;
Não adicionar açúcar ou sal aos alimentos e os sumos de frutas ou bebidas açucaradas devem ser evitados.
O mel não deve ser introduzido antes dos 12 meses (risco de botulismo);
Evicção do leite de vaca até aos 12 meses como bebida láctea principal. O leite de vaca deve ser introduzido em pequenas quantidades, por exemplo iogurte natural pelos 9 meses de idade;
Não oferecer chá de funcho (comummente utilizado para aliviar as cólicas);
Não oferecer bebidas vegetais de arroz (pelo conteúdo em arsénico). As outras bebidas vegetais podem ser introduzidas em pequenas quantidades, por exemplo para preparar uma papa, mas nunca como bebida principal;
Não oferecer alimentos que possam provocar engasgamento (frutos secos inteiros, uvas inteiras, pipocas...);
Não oferecer alimentos que não tenham sido adequadamente conservados e preparados, podendo estar contaminados por microrganismos causadores de diarreia (ex: carne, ovo e marisco crus);
Não desista de introduzir um novo alimento após a 1ª recusa do bebê. Ofereça pequenas quantidades e em momentos diferentes (pelo menos 10 tentativas)
A par da introdução de novos alimentos, deve ocorrer uma diminuição gradual do volume de lácteos. A partir dos 6 meses o somatório dos lácteos (leite, iogurte e queijo) não deve exceder os 500-700 mL/dia.

Elaborado por: Dra. Daniela Sanches
 Revisto por: Dra. Emília Nina
 PO.03-PROC.03-MOD.04 Versão 2

Fonte: USF Celas Saúde (s.d.)