



**Promoção da saúde na prevenção de comportamentos
de risco para a saúde na adolescência**

**Relatório de Estágio para obtenção do grau de mestre
em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem**

**Sandra Margarida
Olival Ferreira**

**Prof.^a Doutora Teresa Serrano
Prof.^a Doutora Maria João Esparteiro**

RESUMO

Nos dias de hoje existem crianças e jovens com comportamentos inadequados à sua faixa etária, o que leva, muitas vezes, a situações de morbidade e mortalidade, sendo necessário sensibilizar as crianças/jovens para as situações de risco, consequências e sua prevenção através da promoção da saúde. Pelo que a temática abordada incide na: promoção da saúde na prevenção de comportamentos de risco na adolescência, nomeadamente o consumo abusivo de álcool.

Metodologia: Revisão sistemática da literatura e análise reflexiva das atividades desenvolvidas nos estágios de Pediatria, Neonatologia e Urgência Pediátrica.

As conclusões em termos de desenvolvimento de estratégias na promoção da saúde relativamente aos comportamentos de risco no consumo excessivo de álcool por parte dos adolescentes passa por uma avaliação do estado de saúde do adolescente face aos seus comportamentos de risco.

O Enfermeiro Especialista tem um papel importante na promoção da saúde, deve trabalhar preventivamente em proveito da saúde, com base na evidência científica, promovendo estilos de vida saudáveis.

ABSTRAC

Nowadays there are children and teenagers who show an inadequate behaviour for their age group, which often leads to situations of morbidity and mortality, and so there is a need to sensitize children/teenagers to risk situations, consequences and their prevention through health promotion. Thus, the theme covered focuses on: health promotion for the prevention of risk behaviour in adolescence, namely regarding alcohol abuse.

Methodology: A systematic literature review and reflexive analysis of the activities carried out in the internships of Pediatrics, Neonatology and Pediatric Emergency.

The conclusions regarding the development of strategies for health promotion in relation to risk behaviour in adolescents with excessive alcohol abuse involve an assessment of the adolescent's state of health in light of their risk behaviour.

The Specialist Nurse has an important role in health promotion, and should work proactively to the benefit of health, based on scientific evidence, while promoting healthy lifestyles.

PENSAMENTO

Embora ninguém possa voltar atrás e fazer um novo começo, qualquer um pode começar agora e fazer um novo fim.

Chico Xavier

AGRADECIMENTOS

Obrigada a todas as pessoas que de forma direta e indirecta colaboraram comigo na realização deste trabalho.

Um obrigado especial ao meu marido e filho por toda a paciência que tiveram durante esta caminhada.

ABREVIATURAS E SIGLAS

Dr.^a - Doutora

et al – entre outros

MeSH – Medical Subject Headings

n^o - número

p. – página

pp. - páginas

PIO – População Intervenção Outcome

1^o - primeiro

Prof^a – Professora

2^o - Segundo

3^o - Terceiro

INDICE

	p.
INTRODUÇÃO	10
1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	13
1.1 - PROMOÇÃO DA SAÚDE	13
1.2 - MODELO DA PROMOÇÃO DE SAÚDE	15
1.3 - COMPORTAMENTOS DE RISCO	18
2 – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA	23
3 – ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA	28
3.1 - SERVIÇO DE INTERNAMENTO PEDIÁTRICO	28
3.2 - SERVIÇO DE NEONATOLOGIA	32
3.3 - SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA	35
4 – CONCLUSÃO	40
5 – REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	42
ANEXOS	
ANEXO I – Análise do artigo “Alcohol use, smoking, and feeling unsafe: Health risk behavior of two urban seventh grade classes”	48
ANEXO II – Análise do artigo “Association between substance use and psychosocial characteristics among adolescents of the Seychelles”	51
ANEXO III — Análise do artigo “Community influences on adolescents’ use of home-brewed alcohol in rural South Africa”	54
ANEXO IV – Análise do artigo “Factors Related to Alcohol Use Among 6th through 10th Graders: The Sarasota County Demonstration Project	57
ANEXO V – Protocolo de atuação do risco de queda	60
ANEXO VI – Instrução de trabalho sobre prevenção de quedas em Pediatria em meio hospitalar	62
ANEXO VII – Ferramenta de avaliação para o risco de queda em pediatria adaptada da escala de “Humpty Dumpty”	68
ANEXO VIII – Recomendações sobre prevenção de quedas em ambiente hospitalar	70
ANEXO IX – Folheto sobre: Os 5 sentidos do recém-nascido.....	72
ANEXO X – Folheto: Conheça o seu bebê	75
ANEXO XI – Instrução de trabalho sobre aplicação e manutenção de cateter epicutâneo	78

ANEXO XII – Plano da formação e apresentação de diapositivos sobre: Cateter epicutâneo	82
ANEXO XIII – Plano de formação e apresentação de diapositivos sobre: Comportamentos de risco na adolescência – Atuação em serviço de urgência	90
ANEXO XIV – Escala de caracterização de estudos segundo o grau de evidência ...	102

INDICE DE FIGURAS E QUADROS

	p.
Figura nº 1 – Modelo de promoção da saúde	16
Quadro nº 1 – Conjugação das palavras chave	24

INTRODUÇÃO

O presente relatório de estágio surge na sequência da Unidade Curricular Estágio de Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem II e Relatório do 1º Curso de Mestrado em Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem da Escola Superior de Saúde de Santarém.

Os estágios decorreram no Hospital de Vila Franca de Xira e Hospital das Caldas da Rainha, no período de 22 de Abril a 19 de Outubro de 2013, com interrupção das férias de Verão de 15 de Julho a 13 de Setembro de 2013. O 1º estágio foi no serviço de pediatria do Hospital de Vila Franca de Xira no período de 29 de Abril a 7 de Junho de 2013, o 2º estágio decorreu no serviço de neonatologia do Hospital De Vila Franca no período de 10 de Junho a 12 de Julho de 2013. Por último, o 3º estágio ocorreu no Hospital das Caldas da Rainha no serviço de urgência pediátrica no período de 16 de Setembro a 11 de Outubro de 2013.

Ao longo dos estágios foram desenvolvidas as competências comuns e específicas, regulamentadas pela ordem dos enfermeiros: “Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista” e “Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem da saúde da criança e jovem”. (OE,2010b e OE,2010c)

A temática que irei desenvolver incide na “Promoção da saúde na prevenção de comportamentos de risco na adolescência”. É um tema que me suscita bastante interesse, pois nos dias de hoje continuam a existir crianças e jovens com comportamentos inadequados à sua faixa etária, o que leva, muitas vezes, a situações de morbilidade e mortalidade. Neste sentido é necessário sensibilizar as crianças/jovens para as situações de risco, consequências e sua prevenção através da promoção da saúde.

No decurso do crescimento, ao longo da infância e da juventude, os indivíduos desejam assegurar a satisfação das suas necessidades fundamentais de segurança, afeto, valorização, estima e protagonismo social e em todo o mundo é uma fase de oportunidades e de riscos. (Ordem dos enfermeiros [OE], 2010a)

O risco pode ser considerado de dois modos: o que gera prejuízo, com repercussões negativas no estado de saúde e danos a curto, médio e/ou longo prazo; e o que cria oportunidades, em que os comportamentos podem tornar-se vantajosos ou necessários para o crescimento, desenvolvimento de autonomia e

construção de novas interdependências; tornando-se contributos importantes para a maturação e expressão das potencialidades físicas, para o enriquecimento psico-afetivo e para a socialização. (OE, 2010a:17)

De acordo com a OE (2010a), a população portuguesa adolescente é no geral saudável. No entanto, no que se refere à morbi-mortalidade, a situação atual face aos problemas de saúde resultantes de comportamentos de risco, é preocupante. Dos comportamentos de risco assinalados como problemáticos para a saúde temos o consumo nocivo de substâncias, entre elas o álcool.

Em Portugal, dados de 2010, revelam que mais de metade dos jovens (57,6%) referiram já ter experimentado álcool, cerca de 26,4% iniciaram o consumo com idade igual ou inferior a 11 anos e 40% aos 12-13 anos. (Direção Geral de saúde [DGS], 2012b)

Sabe-se que o álcool diminui a perspicácia para a tomada de decisão consciente, facilitando assim o aparecimento de comportamentos impulsivos e agressivos, o que leva a situações de risco.

A problemática do consumo excessivo de álcool, por parte dos adolescentes é uma realidade vivenciada por mim, no meu local de trabalho. Muitos são os dias em que me deparo com jovens, trazidos ao serviço de urgência por embriaguez não sendo fácil dar respostas às diferentes situações.

Durante o meu estágio deparei-me com situações idênticas, e as dificuldades sentidas passaram por como atuar nestas situações e quais as estratégias a utilizar com estes adolescentes para prevenir este tipo de comportamento, sendo estas situações cada vez mais recorrentes para as quais não estamos habituados e preparados a lidar da melhor maneira.

Sendo um dos objetivos prioritários das políticas de saúde dos jovens, contribuir para a evitação ou moderação do consumo de produtos geradores de habituação ou dependência (DGS, 2006b), e considerando as experiências vividas em estágio relacionadas com os comportamentos de risco na adolescência surge como problemática a prevenção dos comportamentos de risco, ligados ao consumo de álcool nos adolescentes.

Para a elaboração deste relatório, definiu-se uma pergunta em formato PI[C]O:

Que estratégias na promoção da saúde (O), para a prevenção de comportamentos de risco, relacionados com o consumo excessivo de álcool (I) na adolescência (P)?

Esta nomenclatura engloba a população (P), a intervenção (I) por parte do enfermeiro, a comparação (C) que nem sempre é utilizada e por último o outcome (O), ou seja os resultados esperados.

Este relatório tem como objetivos:

- Enquadrar a prática clínica baseada na evidência com recurso à metodologia científica;
- Fundamentar a singularidade das situações de cuidar e a suscetibilidade de mudança com recurso à revisão sistemática,
- Fundamentar as competências desenvolvidas no sentido de uma enfermagem avançada;
- Divulgar os resultados da ação/intervenção de enfermagem.

A constituição deste relatório, teve como base todos os estágios, onde previamente foi elaborado um projeto, que integrava objetivos, atividades e estratégias para a sua concretização. Os ensinamentos clínicos realizados foram pertinentes para o desenvolvimento de saberes e competências técnicas e relacionais. O contato direto com novas e diferentes realidades contribuíram para o enriquecimento pessoal e profissional.

Este relatório engloba uma parte inicial onde é feita a fundamentação da temática. Em seguida a revisão sistemática da literatura, seguida da descrição, análise e reflexão dos estágios e por último a conclusão.

1 – ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

1.1-PROMOÇÃO DA SAÚDE

Segundo a Carta de Ottawa de 1986, a Promoção da Saúde é o processo que visa aumentar a capacidade dos indivíduos e das comunidades para controlarem a sua saúde, no sentido de a melhorarem. Para atingir um estado de completo bem-estar físico, mental e social, os indivíduos e o grupo devem ser capazes de identificar e realizar as suas pretensões, satisfazer as suas necessidades e alterar ou adaptar-se ao meio. Assim, a saúde deve ser compreendida como um recurso para a vida e não como um objectivo de vida. A saúde é um conceito positivo, que salienta os recursos sociais e pessoais, bem como as competências físicas. Em consequência, a Promoção da Saúde não é uma responsabilidade exclusiva do sector da saúde, pois exige estilos de vida saudáveis para obter o bem-estar global. (Ministério da saúde [MS],2002)

A promoção da saúde pretende reduzir as diferenças existentes nos níveis de saúde das populações e assegurar a equidade de oportunidades e recursos, com vista a capacitá-las para a completa execução do seu potencial de saúde. Para atingir este propósito, torna-se necessária uma sólida inserção num meio favorável, acesso à informação, estilos de vida e oportunidades que permitam opções saudáveis. As populações não podem realizar totalmente o seu potencial de saúde sem que sejam capazes de controlar os fatores que as motivam. (MS, 2002)

A promoção da saúde desdobra-se em cinco grandes áreas de acção: 1) construção de políticas saudáveis; 2) criação de ambientes favoráveis à saúde; 3) fortalecimento da ação das comunidades; 4) desenvolvimento de competências pessoais; 5) reorientação dos serviços de saúde. (Santos M., 2011)

A promoção da saúde pretende obter equidade na saúde, visando reduzir as diferenças no estado actual de saúde e assegurando igualdade de oportunidades e de meios para possibilitar, a todas as pessoas, atingirem o seu potencial máximo de saúde.

Promover a saúde tem a ver com a melhoria da acessibilidade a estilos de vida saudáveis, mediante a obtenção de mais ganhos de saúde e de bem-estar, reduzindo os encargos das doenças e das lesões evitáveis. (Santos M.,2011)

Ao querer promover a saúde numa perspectiva global, é, pois, necessário seguir estratégias de intervenção que analisem de forma conjunta, não apenas os factores biológicos, os estilos de vida e os comportamentos, mas também o ambiente físico, cultural e socioeconómico, assim como a oferta e a organização dos serviços prestadores de cuidados. (Direção-geral da saúde [DGS], 2006a)

Sendo assim, a promoção da saúde, passa por encorajar o indivíduo ou a comunidade a adquirir comportamentos mais ajustados para otimizar os potenciais de saúde físicos e psicossociais, através de informações de saúde, programas de prevenção e acesso a cuidados médicos de consumo. (Santos M.,2011)

Neste sentido o enfermeiro trabalha em parceria com a criança/jovem e família/pessoa significativa, em qualquer contexto que ela se encontre para promover o mais elevado estado de saúde possível, prestando cuidados á criança/jovem saudável ou doente, proporcionando educação para a saúde, assim como identifica e mobiliza recursos de suporte existentes. (OE, 2010b).

A promoção da saúde, resulta em ganhos inequívocos em saúde quando iniciada na infância e adolescência e é acompanhada de um contexto familiar impulsionador de capacitação. Este potencial é evidenciado nas campanhas de sensibilização para a saúde onde as crianças são o motor de aprendizagem da família. (DGS, 2012a)

Identificando as necessidades de saúde específicas nas crianças e adolescentes, é possível determinar linhas de orientação tendo em vista a promoção da saúde e o bem-estar das crianças e adolescentes. Como objetivos prioritários das políticas de saúde dos jovens podemos destacar os seguintes: promover a saúde integral dos jovens, nas várias dimensões do bem-estar físico e psicossocial; Desenvolver a autonomia e a autodeterminação em saúde; Estimular o crescimento de uma cultura de segurança controlar ou precaver os efeitos prejudiciais dos acidentes; Prevenir as injustiças em saúde; Promover a saúde sexual e reprodutiva; Incentivar a prática do exercício físico, prevenindo a prática do sedentarismo; Promover a alimentação saudável e equilibrada; Contribuir para a redução do consumo de produtos causadores de habituação ou dependência; Prevenir os maus tratos e a exploração das crianças e adolescentes; Garantir uma adequada e continua resposta dos serviços de saúde; Contribuir para a preservação de ambientes físicos e sociais saudáveis ao desenvolvimento das crianças e jovens (DGS, 2006b)

Durante o seu exercício profissional o enfermeiro deve ter sempre em atenção a promoção da saúde e neste sentido deve ajudar a criança/jovem a alcançar o máximo potencial de saúde, constituindo assim como elementos importantes para o efeito, os seguintes:

- Avaliação de conhecimentos e comportamentos da criança/jovem relativos á saúde;
- A criação e aproveitamento de oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adopção de comportamentos potenciadores de saúde;
- A promoção do potencial de saúde, através de uma intervenção nos programas de saúde escolar,
- O fornecimento de informação orientadora dos cuidados antecipatórios, dirigidas às famílias, para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil;
- A utilização de estratégias motivadoras da criança/jovem para o desempenho adequado dos seus papéis de saúde;
- A sensibilização dos pais, cuidadores e profissionais para as situações de risco, consequências e sua prevenção (por ex.: violência, consumo de substâncias ilícitas, consumo de álcool/tabaco, gravidez na adolescência);
- A criação e aproveitamento de oportunidades para facilitar a aquisição de conhecimentos relativos à saúde e segurança na criança/jovem. A negociação do contrato de saúde com o adolescente;
- A identificação dos estádios do processo de mudança na adopção de comportamentos saudáveis.” (OE, 2011:7)

O enfermeiro, deve também ter em conta o contexto socioeconómico e cultural e adequar os cuidados de saúde á realidade da criança/jovem, sua família e comunidade. O enfermeiro no desempenho das suas funções diárias, deve assumir uma postura permanente de *empowerment*, que é o princípio básico da promoção da saúde. (DGS,2006a)

1.2-MODELO DA PROMOÇÃO DE SAÚDE

A problemática da promoção da saúde tem vindo a ser discutida ao longo dos anos pela OMS. Constata-se que muitos problemas de saúde se encontram directamente relacionados com comportamentos de risco e que são possíveis de corrigir. Os enfermeiros têm um papel importante na promoção da saúde, através da identificação de situações que levam a comportamentos de risco.

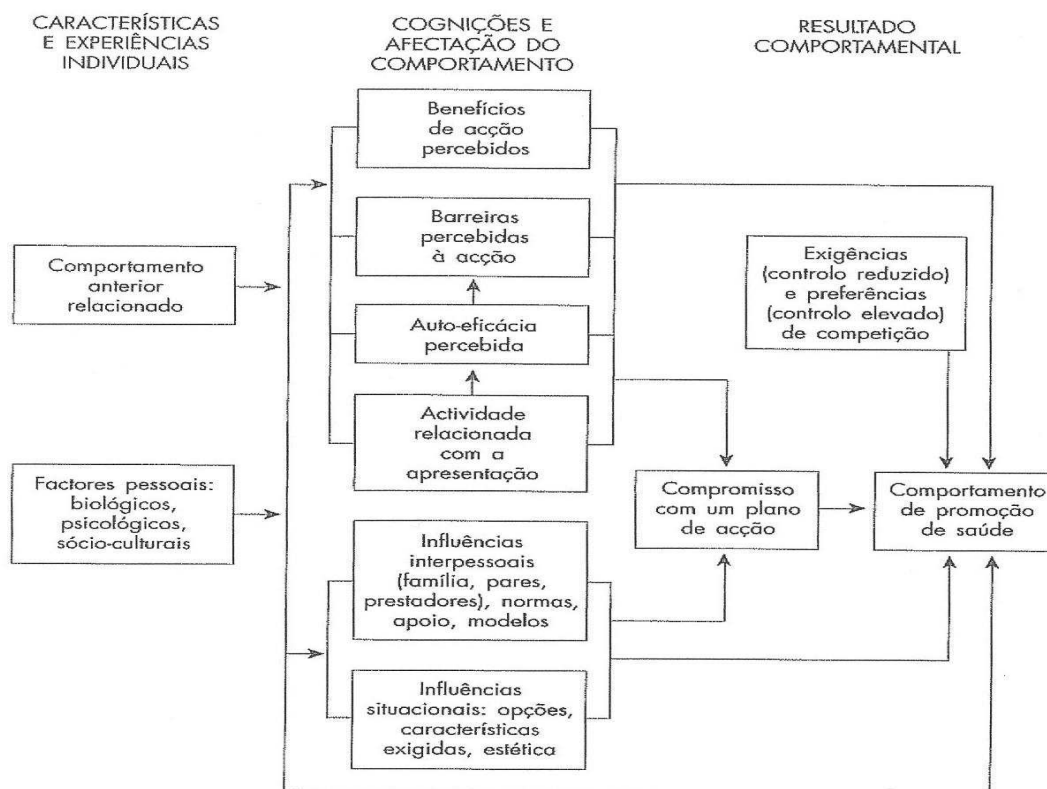
Existem diversos estudos baseados em modelos que visam favorecer a melhoria da qualidade dos cuidados, o que contribui para a promoção da saúde. Um desses modelos é o Modelo de Promoção da Saúde proposto por Nola Pender em 1982.

Este Modelo de Promoção da Saúde defende que cada pessoa tem características e experiências individuais únicas, que vão afetar o seu comportamento. A promoção de comportamentos saudáveis é o resultado comportamental desejado, sendo o grande objectivo deste modelo conceptual. A promoção de comportamentos saudáveis deve resultar numa melhoria da saúde, da capacidade funcional e numa maior qualidade de vida através de todos os estádios de desenvolvimento. (Nursing Theories, 2009).

É um modelo que tem vindo a ser utilizado frequentemente por vários investigadores, para estudar comportamentos que levam à promoção da saúde. Este modelo fornece-nos uma estrutura simples e clara, em que o enfermeiro pode realizar um cuidado de forma individual, ou reunindo as pessoas em grupo, permitindo planear as intervenções e avaliar as suas ações. (Victor, Lopes e Ximenes, 2005)

O modelo de Nola Pender defende que existem fatores pessoais que influenciam as características individuais e as experiências de cada um. Estes fatores pessoais dividem-se em 3 categorias: biológicos, psicológicos e socioculturais. Os fatores biológicos incluem variáveis como a idade e o sexo, os psicológicos variáveis como a autoestima, automotivação e o estado de saúde percebida. Os fatores socioculturais incluem variáveis como a raça, o nível educacional e o status socioeconómico. (Pender, Murdaugh e Parsons, 2006)

A figura seguinte esquematiza o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender. Nele podemos observar que são muitos os fatores que interferem nos comportamentos de saúde, pelo que os enfermeiros precisam muitas vezes de estabelecer estratégias de intervenção dirigidas não só para o indivíduo, mas também para todo o ambiente e outras pessoas envolvidas, para direccionar a pessoa no sentido do comportamento desejado.



Fonte: Adaptado de Sakraida, 2004.

Figura 1 – Modelo de Promoção da Saúde

Este modelo de promoção da saúde, considera que cada pessoa tem características pessoais e experiências únicas que afetam as suas ações subseqüentes. O conjunto de variáveis que afetam determinado comportamento específico têm um importante significado motivacional. Essas variáveis podem ser alteradas por meio de ações de enfermagem. A promoção de saúde é o resultado do comportamento de saúde desejado e é o objetivo do modelo de promoção de saúde. Comportamentos promotores de saúde devem resultar em melhoria da saúde, capacidade funcional e uma melhor qualidade de vida em todos os estágios de desenvolvimento. (Cole, 2011)

Ao longo dos estágios as ações de enfermagem realizadas foram principalmente no âmbito da promoção da saúde, pelo que este modelo teórico foi o adotado. O meu alvo de intervenção foram os adolescentes, no entanto por vezes foi necessário atuar a nível dos pais e enfermeiros, motivando alterações nos seus comportamentos para chegar ao adolescente, pois este não está isolado, e o seu desenvolvimento está relacionado com tudo o que o rodeia, família, comunidade e sociedade.

Como defende Bronfenbrenner (2005), o ser humano não se desenvolve isoladamente, mas em relação à sua família, comunidade e sociedade. Cada uma delas encontra-se em constante mudança e em ambientes de vários níveis, onde as interações entre esses ambientes são fundamentais para o seu desenvolvimento. Ou seja, não podemos ver a criança e o adolescente isoladamente, mas sim como um todo. Estes interagem com o meio onde estão inseridos, influenciam e são influenciados por este.

A especificidade das necessidades e dos problemas de saúde das crianças e adolescentes resulta, não tanto da patologia do foro médico, mas, sobretudo das consequências possíveis de alguns padrões de comportamento, da ocorrência de determinados incidentes e do mal-estar psicoafectivo, relacional e ambiental que podem interagir com o crescimento e o desenvolvimento. (OE,2010a)

A configuração mais importante para a criança/adolescente é a família, pois é lá que esta passa a maior parte do seu tempo e porque é esta que possui a influência mais emocional sobre a criança/adolescente. (Bronfenbrenner, 2005)

A família abrange o conjunto de indivíduos que possui a responsabilidade de prestar cuidados à criança/adolescente, exercendo um forte efeito no seu crescimento e desenvolvimento. As crianças e adolescentes, dependem dos cuidados da família e esta é responsável pela maioria dos cuidados prestados, como forma de eliminar as suas necessidades, com vista ao seu crescimento e desenvolvimento saudável. Ao obter novas competências e conhecimentos estes vão-se tornando mais autónomos até alcançarem a emancipação. (OE,2011)

Para entender a criança/adolescente de uma forma mais completa, ela precisa de ser vista como uma pequena parte de um abrangente ambiente social, que tem uma influência forte nas suas atitudes, comportamentos e cognições, reconhecendo-se assim o papel das forças sócio ambientais na formação da experiência de cada um (Santos O., 2008).

Segundo Leal (2006), não se sabe de que modo fatores como o envolvimento com a família, amigos e com a vida da escola se podem transformar ou não em fatores de risco para a saúde. De acordo com Carter et al (2007), os resultados de investigações sugerem que estes fatores contribuem quer para os comportamentos de risco para a saúde, quer para a promoção de comportamentos de saúde, ainda que de formas diferentes.

Os comportamentos de risco estão relacionados com o desenvolvimento da criança/adolescente, e devem ser compreendidos pela sua complexidade, já que a sua manifestação ocorre a partir de factores contextuais, biológicos e sociológicos.

1.3-COMPORTAMENTOS DE RISCO

No decorrer do desenvolvimento da infância e da adolescência, os indivíduos procuram assegurar a satisfação das suas necessidades básicas de segurança, afeto, valorização, autoestima e protagonismo social. Contudo, tal não diz respeito a um processo meramente individual de manifestação do potencial biológico, de estruturação da personalidade e de resposta a oportunidades de vida. Trata-se antes de um fato, muito mediado pelo ambiente físico, político, económico e sociocultural. (DGS, 2006b)

Neste processo complexo de crescimento e de desenvolvimento, aperfeiçoam-se novas reflexões, tomadas de decisão e comportamentos que não haviam sido tentados, e que frequentemente são encarados como abrangendo alguma forma de risco. (OE, 2010a)

O conceito de risco deve ser entendido da forma mais abrangente possível, ultrapassando o plano biomédico e atingindo variáveis sociais e de comportamento. (Feijó; Oliveira, 2001)

No plano biomédico o risco é encarado como prejudicial para a saúde, mas existem comportamentos que podem tornar-se vantajosos ou necessários para o crescimento, obtenção de autonomia e a criação de novas interdependências no adolescente, tornando-se assim, num contributo importante para o seu desenvolvimento e expressão das potencialidades físicas, o enriquecimento psicoafectivo e para a socialização. Neste contexto o risco é encarado como uma oportunidade. Por outro lado,

pode efetivamente ter repercussões negativas no estado de saúde e gerar prejuízos a curto, médio e a longo prazo. Nesta reflexão de ser vantajoso/desvantajoso, não se pode equacionar apenas, os fatores negativos na saúde, há que saber valorizar, também, os fatores protetores, individuais e coletivos, que contribuem para o processo de desenvolvimento da criança/adolescente, tendo sempre em atenção que um mesmo elemento poder ter impacto negativo ou positivo, consoante o momento e as circunstâncias em que está presente. (DGS, 2006b)

O termo risco, quando aplicado às crianças/jovens, tem sido usado para designar um conjunto de comportamentos cuja natureza comum reside na exposição a uma maior probabilidade de sofrer danos físicos, psicológicos ou mesmo a morte. Podemos considerar o Risco como uma ameaça ao próprio futuro. (Gomes; Mendes, 2009)

Segundo Feijó e Oliveira, (2001) a expressão comportamentos de risco pode ser definida como a participação em atividades que possam comprometer a saúde física e mental da criança /adolescente. Muitos desses comportamentos podem iniciar-se apenas pelo caráter exploratório da criança/adolescente, assim como pela influência do meio. Caso estes comportamentos não sejam precocemente identificados, podem levar à solidificação dos mesmos, com consequências negativas a nível individual, familiar e social.

No plano nacional de saúde de 2004 já se referia a existência de um número crescente de crianças e adolescentes com perturbações emocionais e comportamentais que podem levar a comportamentos de risco tais como: sedentarismo, desequilíbrios nutricionais, delinquência, morbidade e mortalidade por acidentes, maternidade e paternidade precoces e comportamentos potencialmente aditivos, relacionados nomeadamente com o consumo de álcool, tabaco e drogas ilícitas. De acordo com a DGS (2006b), um dos objetivos prioritários das políticas de saúde dos jovens é contribuir para a evitação ou moderação do consumo de produtos geradores de habituação ou dependência. No plano nacional de saúde de 2012-2016, as mesmas preocupações mantêm-se, em especial, o aumento de consumo de tabaco, álcool e a obesidade, que cada vez mais se estão a observar nos jovens portugueses (DGS, 2012a).

Segundo Feijó e Oliveira (2001), outro dos comportamentos de risco em expansão é o uso inadvertido dos *mass media*. As crianças e adolescentes são os principais alvos para o consumo e estes recebem diariamente informações, muitas vezes inadequadas às suas necessidades e desproporcionais á sua fase de desenvolvimento, podendo levar a uma simplificação e banalização de conceitos éticos, morais e sexuais.

As crianças e os adolescentes são mais susceptíveis á influência de modelos apresentados pelos *mass media* do que o adulto, sendo os modelos de comportamento

apresentados excessivamente ligados á violência. As crianças em idade pré-escolar e escolar são as que se encontram em maior risco de influência de modelos de violência, enquanto na pré-adolescência e adolescência os modelos mais significativos têm a ver com comportamentos sexuais e uso de drogas. (Feijó e Oliveira, 2001).

A influência dos masse média, não passa única e exclusivamente pelo uso da televisão, cinema e vídeo jogos, mas também da internet.

De acordo com (Ponte e Vieira, 2007), o uso da Internet por crianças e jovens, cria riscos que importa conhecer para que sejam minimizados. Os riscos que geram maior preocupação são os que têm uma natureza social, ou seja, os que podem ter um forte impacto na vida social, emocional e física das crianças e jovens. Considerando este factor e a existência de situações que podem constituir-se como um risco, pode-se dividir o perigo potencial em três categorias: o risco proveniente da navegação pelas páginas web, o risco oriundo da participação em serviços interactivos e os riscos corridos do excesso de tempo de exposição á internet.

De todas as faixas etárias a mais propícia ao risco ou a ter comportamentos de risco é a adolescência. O risco na adolescência é fruto da curiosidade, da inexperiência, da insegurança e da necessidade de auto-afirmação. Infinitas são as situações nas quais esses apelos vêm dissimulados pelo espírito de aventura e pela adesão aos desportos radicais. O que para muitos adultos significa risco, para os adolescentes é entendido como “pura emoção, ou melhor, pura adrenalina”. Essa modalidade de emoção, na maioria dos casos, é compreendida pelos adolescentes como indispensável à satisfação pessoal. (Gomes e Mendes,2009)

A adolescência é uma etapa da vida caracterizada por um período de mudanças, físicas e psicológicas, marcada por conflitos e transformações perante si próprio e os múltiplos contextos sociais em que o adolescente se encontra inserido. (DGS, 2012a)

Segundo dados da World Health Organization [WHO], (2011), dois terços das mortes prematuras e um terço do total das doenças em adultos estão associadas a condições ou comportamentos que começaram na adolescência, tais como: o uso do tabaco e álcool, a falta de atividade física, o sexo desprotegido e a exposição à violência.

São vários os comportamentos de risco a que as crianças e adolescentes estão expostas e neste sentido é importante que os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros, atuem no sentido de delinear estratégias que minimizem os riscos aos quais as crianças e adolescentes estão sujeitos, estimulando o desejo de uma vida saudável. Cabe aos enfermeiros, ajudar as crianças e principalmente os adolescentes a elaborar estratégias promotores de atitudes positivas em relação á saúde, ao lazer e á própria vida. (Gomes e Mendes, 2009)

O uso nocivo do álcool, entre os adolescentes é uma preocupação crescente em muitos países, e o seu consumo começa cada vez mais cedo entre os jovens. O consumo excessivo de álcool reduz o autocontrolo e aumenta os comportamentos de risco, sendo a principal causa de acidentes de viação, violência e muitas vezes a morte. (WHO,2011)

O uso e abuso de substâncias como o álcool, pelos adolescentes portugueses, tende a aumentar, o que os expõe a outros riscos e compromete o processo de desenvolvimento nesta fase da vida (DGS, 2012b).

Em Portugal, dados de 2010, revelam que mais de metade dos jovens (57,6%) referiram já ter experimentado álcool, cerca de 26,4% iniciaram o consumo com idade igual ou inferior a 11 anos e 40% aos 12-13 anos. (DGS, 2012b)

De acordo com o Inquérito Nacional em Meio Escolar realizado por Feijão (2011), efectuado a 32 mil dos cerca de 250 mil jovens do ensino secundário público, metade dos alunos beberam cerveja ou bebidas destiladas, mais de um quarto bebeu vinho e um quinto embriagou-se. Sendo que a prevalência de consumo de bebidas alcoólicas entre os jovens têm vindo sempre a aumentar desde 2001.

Há que referir que segundo dados do mesmo inquérito, verificou-se um aumento da ocorrência de situações de embriaguez, a partir dos 15 anos, entre 2006 e 2011 de 34% para 42%, respectivamente.

Outro estudo realizado por Feijão, Lavado e Calado, (2012), verificou que a cerveja era a bebida alcoólica consumida mais precocemente, sendo o seu início entre os 10-12 anos.

Existem várias investigações realizadas com adolescentes que indicam que o álcool é a substância mais consumida por estes. Por esse motivo, este foi o comportamento de risco selecionado para um maior aprofundamento.

Verifica-se que o álcool diminui a perspicácia para a tomada de decisão consciente, facilitando comportamentos impulsivos e agressivos. Altera o juízo crítico, reduzindo-o e existe uma incapacidade em projectar o futuro e gerir o presente. Por outro lado, o consumo de álcool produz efeitos ao nível da capacidade de atenção e do processamento de informação. (MS, 2013).

Os adolescentes sob o efeito do álcool estão expostos a um conjunto de riscos acrescidos tais como:

- Acidentes de viação- o risco de acidente fatal é 5 vezes superior, quando comparado a condutores com idades superiores a 30 anos, seja qual for a alcoolémia;

- Violência- o risco de comportamentos violentos é superior quando comparado com adolescentes que não bebem (50% para 22%);
- Ideação suicida- esta é duas vezes superior, comparada com jovens que não bebem;
- Abuso sexual- as raparigas têm um risco nove vezes acrescido, de serem vítimas de abuso sexual estando sob o efeito de álcool;
- Gravidez não desejada- as adolescentes sob efeito de álcool têm o dobro do risco de ficarem grávidas comparadas com as adolescentes que não bebem (DGS, 2012b)

Na prevenção de consumos nocivos e comportamentos de risco, a prioridade deve ser dada às opções saudáveis e à escolha de atitudes assertivas. Os objetivos são a promoção da autonomia e a responsabilização dos jovens, no sentido de minorar as possibilidades ou protelar o início do consumo de uma substância.

Assim como a promoção da saúde, a prevenção de comportamentos de risco deve ter em conta a pesquisa que está na base do problema e ter como referência não só o alvo de actuação, que inclui o adolescente, os pares, a família, a escola, a comunidade e o meio, mas também as estratégias para a sua implementação. (DGS, 2006a)

2 – REVISÃO SISTEMÁTICA DA LITERATURA

A revisão sistemática da literatura é uma forma de executar revisões abrangentes da literatura de forma não tendenciosa. É uma revisão em que é avaliado e interpretado tudo o que existe de pesquisa relevante disponível para uma questão particular de pesquisa, tópico ou fenômeno de interesse. (Pai et al., 2004)

As revisões sistemáticas da literatura são desenhadas para ser metódicas, explícitas e possíveis de reprodução. Servem para orientar o desenvolvimento de projetos, indicando novos rumos para futuras investigações e identificar quais os métodos de pesquisa utilizados numa determinada área. (Sampaio e Marciri, 2007)

O resumo dos resultados de investigação sobre um tema particular, que é realizado através da revisão sistemática da literatura, vêm responder a uma pergunta em formato PI(C)O.

A formulação da pergunta neste formato tem como objetivo estruturar a abordagem às bases de dados científicas, perante o problema em estudo, que guiará o Enfermeiro nas opções estratégicas e metodológicas de pesquisa e consequente contexto de análise.

Desta forma, define-se a seguinte pergunta PI(C)O:

Que estratégias na promoção da saúde (O) para a prevenção de comportamentos de risco, relacionados com o consumo excessivo de álcool (I) na adolescência (P)?

Após a definição da pergunta, inicia-se o processo de pesquisa, que na sua génese tem a identificação das palavras-chave, que foram hierarquizadas da seguinte forma: Promoção da saúde, Risco, Comportamento do adolescente, Consumo de álcool. Os termos apurados no contexto desta metodologia foram submetidos à plataforma MeSH Browser e usando as palavras-chave na sequência Health promotion AND Risk AND Adolescent behavior AND Alcohol drinking, realizou-se uma pesquisa, no dia 20 de Abril de 2014, na plataforma de pesquisa EBSCO, envolvendo as bases de dados CINAHL Plus *with Full Text*, MEDLINE *with Full Text* e Nursing & Allied Health Collection Basic.

Foram definidos os seguintes limitadores de pesquisa: Texto completo; Booleano; Data de Publicação de: Janeiro de 2004 a Abril de 2014; Resumo

disponível; Um dos autores é enfermeiro (a); Faixa etária: All Child: 0-18 years; Texto completo em PDF.

Como resultado das interseções das palavras-chave obteve-se o quadro a seguir.

Quadro nº1 – Conjugação das palavras-chave

Palavra-chave	Nº de artigos
1 – Health Promotion	5059
2 - Risk	60281
3 – Adolescent behavior	3531
4 – Alcohol drinking	2410
1+2	1585
1+3	259
1+4	126
2+3	1608
2+4	1351
3+4	306
1+2+3	116
1+2+3+4	12

Com base nos 12 artigos obtidos, procedeu-se à leitura dos seus resumos, selecionando-se 4 artigos de acordo com os seguintes critérios de inclusão:

- Artigos publicados cuja população alvo sejam crianças/adolescentes com idades compreendidas entre os 10 anos e os 18 anos (inclusive).
- Artigos publicados cujo cerne da problemática sejam as estratégias de promoção da saúde nos adolescentes com comportamentos de risco relacionados com o consumo de álcool.

Após leitura e síntese dos artigos selecionados (Anexos I,II,III e IV), e tendo por base a pergunta PI(C)O, procedeu-se à análise e reflexão da informação científica encontrada, fazendo a articulação com a prática dos cuidados, utilizando a evidência científica para transformar a prática, é de salientar que todos os artigos reforçam a ideia de que o uso de álcool por parte dos adolescentes está a aumentar.

O consumo de álcool na adolescência, na faixa etária entre os 12 e os 16 anos, está associado a inúmeros resultados negativos para a saúde, tanto a longo como a curto prazo. Muitos dos riscos associados ao consumo excessivo de álcool por parte dos adolescentes passa pelo aumento do risco de morte acidental, em grande parte resultante de acidentes com veículos motorizados, homicídio, suicídio, doenças

sexualmente transmissíveis e gravidez na adolescência. Está também associado a atos de delinquência por parte dos jovens, como a violência, comportamentos agressivos, absentismo escolar e uso de outras drogas ilícitas. A longo prazo, pode vir a existir um comprometimento do desenvolvimento físico, social e mental.

No artigo “Alcohol use, smoking, and feeling unsafe: Health risk behavior of two urban seventh grade classes” (Anexo I), é referido que o consumo de álcool tem início por volta dos 12 anos e está fortemente relacionado com outros comportamento de risco, como o tabagismo e a violência, sendo mais frequente no sexo masculino. Como pude constatar ao longo dos ensinios clínicos, as situações de risco relacionados com o consumo de álcool, ocorreram em jovens do género masculino e todas elas aconteceram fora do ambiente escolar. Como se verifica neste estudo, o fato de o adolescente estar inserido no seu ambiente escolar é um fator protetor aos comportamentos de risco, pois a probabilidade de se envolverem neles é menor.

No artigo “Association between substance use and psychosocial characteristics among adolescents of the Seychelles” (Anexo II), verifica-se novamente que o consumo de álcool não é um comportamento de risco isolado e que a família tem um papel importante na prevenção de comportamentos de risco. A supervisão por parte dos pais é um fator de extrema importância, pois tal como defende Bronfenbrenner (2005) a família é um suporte importante ao desenvolvimento do adolescente pois esta dá-lhe o suporte emocional necessário ao seu desenvolvimento. Neste estudo, volta-se a verificar que a escola tem um papel importante na prevenção de comportamentos de risco, o absentismo escolar leva a uma maior prevalência de comportamentos de risco, comparativamente com alunos que não faltam á escola. O fator económico também é referido neste estudo como sendo um fator de risco, adolescentes com maior poder económico têm maior facilidade de acesso ao álcool.

No artigo “Community influences on adolescents’ use of home-brewed alcohol in rural South Africa” (Anexo III), é reforçada a importância que a comunidade tem na prevenção de comportamentos de risco por parte do adolescente. Tal como é referido na literatura por Santos O. (2008), o ambiente social tem uma forte influência nos comportamentos dos adolescentes, quer seja para a prevenção ou “aquisição” de comportamentos de risco. Neste estudo, verifica-se que a comunidade onde o adolescente está inserido é de extrema importância, pois se este sentir seguro e valorizado na sociedade em que se encontra e quanto menor for o grau de comportamento antissocial por parte do adulto, menor é a probabilidade deste se envolver em comportamentos de risco, como o consumo de álcool.

O artigo “Factors Related to Alcohol Use Among 6th through 10th Graders: The Sarasota County Demonstration Project” (Anexo IV) vem confirmar o que já foi dito nos artigos anteriores. Os rapazes são mais propensos ao consumo de álcool e o acompanhamento dos adolescentes por parte da família é de extrema importância na prevenção de comportamentos de risco. O ambiente social tem um papel importante na iniciação do consumo de álcool, nomeadamente como o adolescente é aceite e visto na sociedade/comunidade onde está inserido. A influência dos pares também é de extrema importância, se o adolescente convive com outros adolescentes que consomem álcool frequentemente, a probabilidade deste vir a consumir é maior, devido á necessidade de aprovação que o adolescente tem, por parte dos pares.

As evidências da investigação corroboram a experiência vivida, cada vez mais nos deparamos com jovens que recorrem aos serviços de saúde alcoolizados, a maioria das vezes associados a outro tipo de comportamentos de risco, o que leva ao internamento. Estes internamentos não estão propriamente relacionados com o consumo de álcool mas sim com as consequências que o consumo excessivo do mesmo originou.

Ao longo do meu percurso profissional e académico questiono-me muitas vezes sobre o que nós enfermeiros podemos fazer para minimizar estes consumos e estes comportamentos de risco no geral, visto que como refere Dowdell (2006) o enfermeiro é o profissional de saúde que se encontra numa posição ideal para avaliar a saúde dos adolescentes e os seus comportamentos de forma a promover e oferecer educação e apoio nesta área.

Nas ações que desenvolvi com os adolescentes, tive em conta o modelo de Promoção da saúde de Nola Pender, tendo sido trabalhado com o adolescente as suas experiências anteriores face ao comportamento de risco, as influências interpessoais, nomeadamente a família e amigos e de que maneira estes afetam o seu comportamento. Devido ao curto espaço de tempo dos estágios não foi possível avaliar os resultados obtidos. No entanto a utilização deste modelo foi uma mais-valia, pois permite-nos seguir uma linha orientadora de como se deve atuar numa situação de comportamento de risco, tendo em conta os fatores pessoais de ordem biológica, psicológica e sócio cultural, que como se pode verificar influenciam o comportamento do adolescente. Se no nosso dia-a-dia, tivermos em atenção as características e experiências individuais de cada adolescente mais facilmente conseguimos definir estratégias de intervenção, no sentido de obter os resultados desejados, ou seja, prevenir comportamentos de risco como o consumo de álcool.

Após a análise dos artigos concluí que os programas de promoção devem ser iniciados o mais precoce possível, a faixa etária dos 12-14 anos é uma idade crítica para

muitos adolescentes, sendo que muitos comportamentos iniciados nesta fase trazem consequências para a saúde. Devem ter uma intervenção abrangente, ou seja, não abordar apenas uma substância específica, como por exemplo o consumo de álcool, uma vez que a maioria das situações está associada a outros comportamentos de risco e devem ter em atenção o género, pois estes variam de rapaz para rapariga.

Nos programas de promoção da saúde, devemos ter em conta a família pois esta é considerada como um fator de proteção aos comportamentos de risco, deve ser reforçada a importância que os pais têm no acompanhamento e apoio dados aos filhos. Por último a comunidade onde o jovem está inserido também tem um papel importante na prevenção de comportamentos de risco, por isso, os programas de promoção devem incluir elementos que trabalhem dentro da comunidade de forma a incentivar comportamentos pró-sociais nos adultos.

Como resposta á pergunta PI(C)O, conclui-se que algumas das estratégias na promoção da saúde passam essencialmente por:

- Avaliar os comportamentos de risco para a saúde do adolescente, essa avaliação deve ser feita através da história de enfermagem de forma a detetar precocemente problemas de saúde;
- Ter em atenção a relação que o adolescente tem na necessidade de se afirmar na sua independência e o seu desenvolvimento físico e psicossocial;
- Avaliar a relação com os pares e ter em atenção a influência que exercem;
- Avaliar a relação existente com os pais;
- Avaliar a comunidade onde está inserido.

Sendo assim, no meu dia-á-dia como enfermeira e sempre que me deparar com situações de comportamentos de risco, nomeadamente relacionados com o consumo excessivo de álcool, irei ter sempre em atenção estas premissas, não esquecendo o modelo de Promoção da Saúde, que nos permite obter informações que vão ajudar a alcançar as estratégias para a promoção da saúde, pois permite avaliar as características e as experiências individuais de cada um e perceber de que maneira estas afetam o seu comportamento, permitindo assim planear as intervenções necessárias para se obter o comportamento desejado, um comportamento promotor da saúde, desta forma pode-se dar um apoio mais específico a esta população em risco, que são os adolescentes.

Cuidar com base na evidência científica conduz a uma maior autonomia, autoconfiança e segurança no saber ser, saber estar e saber fazer que é a essência do cuidar em enfermagem.

3- ATIVIDADES DESENVOLVIDAS NO CONTEXTO DA PRÁTICA CLÍNICA

3.1- SERVIÇO DE INTERNAMENTO PEDIÁTRICO

Iniciei os meus estágios no serviço de Pediatria, no hospital de Vila Franca de Xira, com a duração de seis semanas. Tratava-se de um serviço aberto há relativamente pouco tempo, há um mês, e que se encontrava ainda em organização interna.

A área de influência do Hospital de Vila Franca de Xira abrange 5 concelhos (Alenquer, Arruda dos Vinhos, Benavente, Azambuja e Vila Franca de Xira) e serve cerca de 245.000 habitantes. O serviço recebe crianças dos 29 dias aos 18 anos e tem uma lotação de 14 camas. As patologias existentes no serviço são da área médico-cirúrgica incluindo patologias do foro ortopédico e otorrino. Por turno são dois enfermeiros, podendo no turno da manhã serem três. O programa informático utilizado no serviço para efetuar os registos é a Glinths, que para mim foi novidade, pois não conhecia o programa e foi mais um desafio ultrapassado por mim. Este programa permite ter um acesso mais direto aos registos de enfermagem e à informação médica, nomeadamente exame que solicitem ao utente. O programa é uma ferramenta facilitadora, nos cuidados de enfermagem ao utente, pois permite-nos ganhar tempo na prestação de cuidados.

Ao longo do estágio pude prestar cuidados de enfermagem complexos e especializados em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e jovem, assistir a criança/jovem com a família na maximização da sua saúde e cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade, tal como está preconizado pela Ordem dos enfermeiros, no regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem (OE, 2010b).

O enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem tem como missão prestar cuidados de nível avançado, com segurança e competência à criança /jovem, proporcionar educação para a saúde, identificar e mobilizar os recursos de suporte à família. Tem como propósito o trabalho em parceria com a criança/jovem e família, de forma a promover o mais digno estado de saúde possível. (OE, 2011).

Todo o estágio foi realizado tendo em conta estes princípios, trabalhando com a criança/jovem e família e os recursos existentes no serviço.

Tal como já foi referido anteriormente a minha área de interesse e intervenção, está relacionada com os comportamentos de risco da criança/jovem, em particular o

consumo excessivo de álcool e durante o estágio deparei-me com alguns comportamentos de risco, que levaram ao internamento. Foram eles: o uso de álcool num adolescente de 16 anos, que levou a uma situação de pré afogamento e hipotermia. Outra situação foi o consumo de tabaco e outras substâncias ilícitas, por um jovem de 15 anos com antecedentes de epilepsia, o que fez despoletar uma crise.

Como é defendido por vários autores. (Eaton D., et al 2004; Dowdell, 2006; Alwan H. et al. 2011; Onya H., et al. 2012) o consumo de álcool por parte dos adolescentes está associado a inúmeros resultados negativos para a saúde aumentando o risco de lesões acidentais ou intencionais.

Uma das competências do enfermeiro especialista é assistir o jovem na maximização da sua saúde e para tal deve intervir precocemente nas situações de risco que possam afetar negativamente a saúde do jovem/adolescente. Pelo que, em todas estas situações, tive conversas informais, sem a presença de familiares, no sentido de tentar perceber o porquê destas situações terem acontecido. Falei com os adolescentes no sentido de perceber se era a primeira vez que que tinham acontecido, o que os tinha levado a fazê-lo e se tinham intenção de o repetir. Nesta minha abordagem mobilizei o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, onde é tido em conta as características e experiências individuais de cada pessoa e de que modo elas afetam o comportamento do indivíduo.

Tal como defende Dowdell (2006), os enfermeiros devem fazer perguntas específicas sobre os comportamentos de risco, podendo desta forma detetar outros problemas de saúde precocemente e incentivar comportamentos que promovam estilos de vida saudáveis.

As duas primeiras situações foram resolvidas a nível do internamento, após conversa com os pais e adolescentes no sentido de informar quais as consequências que estes comportamentos trariam a nível futuro para a saúde, caso se voltassem a repetir. Não houve necessidade de referenciar para o exterior ou para uma consulta específica pois verificou-se que tinha sido uma situação isolada.

Como defende Alwan H. et al. (2011), o apoio dos pais, a comunicação entre ambos e a supervisão dos adolescentes por parte dos pais, são exemplos de protecção nos comportamentos de risco. A família tem um papel de muita importância na adoção de comportamentos saudáveis para a saúde. Nestas situações foi o que aconteceu, os pais eram pessoas preocupadas com a educação dos seus filhos e existia uma boa relação entre ambos e estes influenciavam positivamente os filhos.

Estes comportamentos de risco, de um modo geral tiveram um impacto positivo na saúde destes adolescentes, pois eles conseguiram perceber quais as consequências dos seus atos para a sua saúde a nível futuro.

Outra situação, também vivenciada, foi de uma jovem de doze anos, institucionalizada e que entre muitos comportamentos de risco, envolvia-se em situações de violência juvenil, nomeadamente a prática de *bullying*. Neste caso, houve necessidade de referenciar a jovem para a psicóloga da instituição onde esta se encontrava e ter ficado com consulta de adolescentes marcada, pois era uma situação recorrente, já não era a primeira vez que havia sido internada por comportamentos desadequados.

A comunidade onde um adolescente está inserido, também tem um papel importante na protecção de comportamentos de risco. Quanto mais o adolescente está inserido na comunidade, menor a probabilidade de se envolver em comportamentos de risco, pois este sente-se útil e valorizado dentro da mesma. (Onya H., et al. 2012)

Durante o estágio no serviço de pediatria desenvolvi competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente no domínio da gestão dos cuidados e da melhoria da qualidade. Seja qual for a área de especialidade, todos os enfermeiros especialistas partilham competências aplicáveis em todos os contextos de prestação de cuidados de saúde, que permitem avançar e melhorar a prática da enfermagem. (OE,2010c)

A nível da gestão dos cuidados, otimizei o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão e adequei os recursos existentes às necessidades dos cuidados, colaborando com a enfermeira orientadora (que era o segundo elemento do serviço), na gestão dos recursos existentes, nomeadamente: gestão de camas dos doentes internados de acordo com as suas patologias; pedido de medicação á farmácia, que era realizado todas as terças e sextas-feiras da semana, para repor os *stocks* existentes no serviço.

No domínio da melhoria da qualidade, colaborei na conceção de um projeto institucional na área da qualidade. Foi solicitado pela enfermeira orientadora a elaboração de um protocolo (Anexo V) e de uma instrução de trabalho (Anexo VI) sobre a prevenção de quedas a nível hospitalar, pois era uma necessidade sentida pelo serviço e fazia parte dos objetivos da instituição, trabalhar as quedas em pediatria.

Segundo a WHO (2008), as quedas fazem parte do processo de crescimento e desenvolvimento normal de uma criança. Aprender a andar, subir, correr, saltar e explorar o ambiente físico é inato á condição de ser criança.

No contexto de uma criança hospitalizada, a segurança desta e do seu acompanhante fica exposta a circunstâncias adversas durante o seu decurso da doença

(Wegner, 2011). O perigo de cair é bastante real nas crianças internadas e existem alguns fatores que aumentam a probabilidade desse acontecimento. Nesse sentido foi elaborada uma ferramenta de avaliação para o risco de queda em pediatria (Anexo VII) adaptada da escala de “Humpty Dumpty” que é utilizada nos Estados Unidos para avaliar o risco de quedas em crianças a nível hospitalar. Esta escala já está a ser adaptada para a população portuguesa, por duas enfermeiras no Hospital S. João no Porto e encontra-se em fase de experimentação. Pelo que esta foi traduzida, por mim, para português, para ser utilizada pelos colegas no serviço, no sentido destes poderem avaliar quais as crianças que correm maior risco de queda e assim haver uma maior supervisão dos enfermeiros a essas crianças, para minimizar esse acontecimento.

Durante o internamento em pediatria é recomendado que a criança/jovem tenha sempre um familiar/pessoa significativa a acompanhar, sendo-lhe pedida a sua colaboração no sentido de evitar quedas no serviço. Neste sentido foi também elaborada uma folha informativa com base na literatura, de recomendações sobre prevenção de quedas no serviço (Anexo VIII), com a orientação da enfermeira orientadora, para ser entregue aos pais/pessoa significativa aquando o acolhimento no serviço. Esta folha informativa tem como objetivos alertar os acompanhantes da criança, para os riscos acrescidos que esta corre, face às quedas.

Quer o protocolo, a instrução de trabalho e a folha informativa elaborada sobre as quedas, ficaram a aguardar aprovação pelo gabinete da qualidade do hospital. Mas a sua utilização será uma mais-valia para o serviço, pois após a sua implementação, pode haver um maior controlo sobre as quedas ocorridas no serviço e estabelecer prioridades de melhoria.

Os enfermeiros especialistas em enfermagem da saúde da criança e do jovem são profissionais detentores de uma posição privilegiada ao nível dos cuidados à criança/adolescente, pelo que se reveste de grande interesse intervir junto da família, identificando fatores de risco que poderão afetar o seu desenvolvimento, quer seja a nível da comunidade ou mesmo numa situação de internamento.

Face aos comportamentos de risco, a abordagem que foi feita, foi ao encontro do que está descrito na literatura e nos artigos analisados. Foi importante ter um Modelo, de promoção da saúde, para orientar as minhas ações, no sentido de obter o comportamento desejado, ou seja, um estilo de vida saudável, apesar de não ser possível avaliar se a abordagem que foi feita levou a estilos de vida saudável no futuro. Penso que em situação de internamento, dificilmente obtemos o feedback da abordagem que é feita, pois os internamentos nestas situações, normalmente, são de curta duração. A meu ver, deveria de haver uma continuidade do que é feito no internamento, através de

uma consulta de enfermagem que poderia ser realizada no hospital ou mesmo no Centro de Saúde. Este assunto foi discutido com a enfermeira orientadora, e foi sugerido que houvesse sempre um encaminhamento destes casos, através de uma referência de enfermagem para o Centro de Saúde da área de residência do adolescente, uma vez que a nível hospitalar, não é possível dar resposta a todas estas situações.

3.2- SERVIÇO DE NEONATOLOGIA

O segundo estágio decorreu na unidade de neonatologia do Hospital de Vila Franca de Xira e teve a duração de 5 semanas.

Foi um estágio bastante enriquecedor, no sentido de novas experiências, pois era uma realidade que desconhecia e com a qual não estava habituada a lidar. É uma unidade de cuidados intermédios, que recebe recém-nascidos prematuros a partir das trinta e duas semanas e recém-nascidos de termo com problemas á nascença até aos 28 dias de vida. O serviço possui uma lotação de 9 camas, sendo 4 delas incubadoras. Por turno são dois enfermeiros e o programa informático utilizado no serviço para efetuar os registos também é a Glinths.

Na especificidade que é o serviço de neonatologia, desenvolvi trabalho ao nível das competências do recém-nascido prematuro e de termo, diminuindo os stressores da unidade, trabalhando com os pais em parceria de cuidados e promovendo a parentalidade.

A parceria de cuidados é um modelo de prestação de cuidados de enfermagem pediátrica proposto por Anne Casey, que reconhece os pais como parceiros ativos e valoriza as suas capacidades como prestadores de cuidados à criança/jovem. (OE, 2011)

Segundo Barros (2001), para sustentar o crescimento e desenvolvimento da criança, os cuidados prestados devem ser em forma de proteção, encorajamento e amor, sendo assim ninguém melhor que os pais para o fazer.

O modelo de parceria de cuidados de Anne Casey permite desenvolver o papel parental, facilita os laços familiares e ajuda ao estabelecimento do vínculo entre Recém-nascido e pais. Os pais não devem ser vistos como visitantes, nem como técnicos mas sim como parceiros no cuidar. (Barros, 2001)

O internamento de um recém-nascido numa unidade de neonatologia tem consequências negativas no desempenho do papel de pais e na criação do vínculo afectivo entre o recém-nascido e os seus pais é fundamental na própria recuperação do recém-nascido. (Cárdenas e Guerra, 2008) Pequenos gestos como, pegar ao colo, nem

que seja por uns pequenos minutos, fazer uma carícia ou colaborar nos cuidados de higiene ao bebê, ajudam a estimular o vínculo entre pais e recém-nascidos.

De acordo com o Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem, o enfermeiro especialista tem um papel preponderante na promoção e vinculação do recém-nascido doente ou com necessidades especiais.

Segundo Bowlby (2002, p.219) a vinculação consiste na “primeira relação humana de uma criança; pedra fundamental sobre a qual se edifica a sua personalidade” e, como referem diferentes autores, deve ser iniciada tão precocemente quanto possível, pelo que a separação provocada pela necessidade de internamento, não deve constituir uma barreira à interação entre pais e recém-nascidos e ao fortalecimento dos laços afetivos que os unem. Compreende-se assim a importância da humanização dos cuidados, nomeadamente na promoção da vinculação, na garantia de condições para uma próxima e permanente presença dos pais junto dos filhos. Brazelton (2009) acrescenta o fato de a vulnerabilidade e a desorganização deverem ser encaradas como oportunidades e desafio, desta forma, os enfermeiros que se encontram em contexto hospitalar podem e devem ser facilitadores de um relacionamento positivo pais/filho, mutuamente compensador.

Na prestação de cuidados tive por base esta unidade de competência tendo em atenção as competências do recém-nascido para promover o comportamento interativo entre pais e filhos. Incentivei o contato físico pais/recém-nascido, estimulando os pais para tocarem no seu bebê e lhe darem colo, promovi a amamentação incentivando as mães a fazê-lo assim que era possível e negocieei o envolvimento dos pais na prestação de cuidados ao recém-nascido, nomeadamente a prestarem os cuidados de higiene necessários.

Segundo Jorge (2004), o enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem deve estar preparado para atuar de forma a minimizar os efeitos negativos da hospitalização do recém-nascido. Nesse sentido deve ser capaz de ajudar os pais a estabelecer uma relação de contato com o bebê, dando explicações individualizadas sobre os equipamentos utilizados, rotinas do serviço, estimular o toque e a prestação de cuidados sempre que possível e encorajar a permanência dos pais junto do seu filho, o maior tempo possível.

Os recém-nascidos são expostos a diferentes estímulos, especialmente a manipulação frequente, ruídos externos, luminosidade, procedimentos invasivos, entre outros, que contribuem para a interrupção dos ciclos de sono e consecutivo aumento dos níveis de stress. Os recém-nascidos necessitam dos seus ciclos de sono respeitados,

pois são fundamentais para o seu apropriado desenvolvimento psicomotor e respetiva regulação biológica (Pinto, 2008).

Em contexto hospitalar, torna-se fundamental assegurar um ambiente calmo, que respeite os ciclos de sono do bebé e a disponibilidade deste para a estimulação. Esta deve ser feita preferencialmente pelos pais, o mais cedo possível, pois é essencial à recuperação e desenvolvimento do seu filho.

Para que os pais possam dar resposta às necessidades dos seus recém-nascidos, é necessário que saibam interpretar as suas reações, de modo a darem respostas adequadas e nos momentos adequados, protegendo-os da estimulação excessiva e atuando no sentido positivo do seu desenvolvimento.

A necessidade de sensibilizar os pais para as competências sensoriais do recém-nascido e para os seus ciclos de sono foi uma necessidade sentida por mim e verbalizada por alguns elementos do serviço incluindo a enfermeira orientadora. A maioria das vezes, os pais chegavam ansiosos ao serviço, desejosos por ver e tocar no seu bebé sem perguntar se era oportuno para o fazerem interrompendo grande parte das vezes o seu período de sono. Nesse sentido foram criados dois folhetos para os pais, em concordância com a enfermeira orientadora, no sentido de ajudar os pais dos recém-nascidos internados a desenvolverem as suas competências parentais nas diferentes formas de estimulação dos cinco sentidos do recém-nascido (Anexo IX) e sobre a importância de respeitarem os períodos de sono do bebé (Anexo X).

No decorrer do estágio, foi-me solicitado pela enfermeira orientadora a elaboração de uma instrução de trabalho sobre a aplicação e manutenção de cateter epicutâneo (Anexo XI). Era uma área para a qual havia necessidade de aprofundar conhecimentos, pois cada vez mais a utilização do cateterismo venoso central é uma prática comum nas unidades neonatais. Nos últimos anos, o número de recém-nascidos criticamente doentes e recém-nascidos de muito baixo peso, com idade gestacional cada vez menor, têm vindo a aumentar a sua sobrevivência devido aos tratamentos prolongados que estes cateteres permitem. (Masia e Cordero, 2009). Sendo uma necessidade sentida por todos os enfermeiros do serviço foi realizada uma formação em serviço sobre o tema “Cateter epicutâneo” (Anexo XII).

Durante a minha estadia no serviço de neonatologia, não me deparei com nenhuma situação relacionada com comportamentos de risco, nomeadamente recém-nascidos filhos de mães adolescentes. Segundo dados do Plano nacional de saúde de 2012-2016, a gravidez na adolescência está relacionada com nascimentos de bebés pré-termo, má progressão ponderal e uma alta taxa de mortalidade perinatal. (DGS, 2012a)

Não me deparei com nenhuma situação desta, pois as situações de gravidez na adolescência detetadas neste hospital são encaminhadas para uma consulta específica para grávidas adolescentes nos hospitais centrais de Lisboa.

A prestação de cuidados de enfermagem numa unidade de neonatologia é uma área extremamente distinta e especializada ao nível do saber experiencial e conhecimento, exige uma longa integração para atingir um nível de competência que permita uma atuação autónoma (Whaley e Wong, 2006). Considero que foi uma experiência enriquecedora ao nível experiencial e técnico, adquirindo saberes relativos às necessidades específicas do recém-nascido prematuro e família, que influenciaram de forma positiva o meu trajeto como futura Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem.

Neste estágio consegui desenvolver algumas competências comuns do enfermeiro especialista nomeadamente no domínio da melhoria da qualidade, desempenhando um papel dinamizador na conceção e concretização de projetos institucionais na área da qualidade, e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais, atuando como formadora em contexto de trabalho. A nível das competências específicas do enfermeiro especialista, a prestação de cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e jovem foram conseguidas especificamente na promoção da vinculação de recém-nascido doente ou com necessidades especiais.

3.3- SERVIÇO DE URGENCIA PEDIATRICA

A última etapa deste ciclo de estágios decorreu no serviço de urgência pediátrica do Centro Hospitalar do Oeste Norte, unidade das Caldas da Rainha, com a duração de 4 semanas. O Centro Hospitalar Oeste Norte tem como área de influência as populações dos concelhos de Caldas da Rainha, Óbidos, Peniche, Bombarral e Alcobaça, servindo uma população de cerca de 176.281 habitantes. Deste Centro Hospitalar também faz parte o Hospital de Alcobaça e o de Peniche.

O serviço de urgência do Hospital das Caldas da Rainha recebe crianças dos 0 aos 18 anos e é constituído por uma equipa multidisciplinar da qual fazem parte 3 enfermeiros no turno da manhã e 2 nos restantes (turno da tarde e noite). Da estrutura física do serviço, faz parte uma sala de emergência, 2 gabinetes médicos, uma sala de tratamentos de enfermagem, uma unidade de internamento de curta duração com dois quartos e capacidade para 4 camas, uma sala de enfermagem para preparação de

medicação e uma sala de triagem de enfermagem. O sistema informático utilizado no serviço para fazer registo é o ALERT.

Uma finalidade da atuação do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem é dar resposta em áreas diversas e complexas como, possuir saber e capacidades para antecipar e responder às situações de emergência. (OE,2010b)

O Enfermeiro Especialista age como intermediário no atendimento à criança/jovem na urgência pediátrica, acolhendo, planeando, avaliando e atuando na sua assistência. Do Enfermeiro que trabalha na urgência espera-se conhecimento, capacidade técnica, competência, flexibilidade, capacidade de tomada de decisão, trabalho de equipa, confiança, calma e empatia, para lidar com a criança/jovem doentes e sua família. (Tacsi e Vendruscolo, 2004).

Durante o meu estágio, neste serviço foi-me possível colaborar na triagem de enfermagem das situações de urgência, nos cuidados de enfermagem prestados na sala de tratamentos e na unidade de observação/internamento curta duração.

A triagem de enfermagem, que é uma triagem realizada por prioridades que vão da prioridade 1 ao 4, em que 1 é muito urgente e 4 não urgente, foi o local onde colaborei mais. É na triagem que o enfermeiro especialista conjuga várias competências, nomeadamente a capacidade de realizar uma avaliação física da criança de forma sistematizada, comunicar com a criança e família de forma adequada ao seu estágio de desenvolvimento e cultura e reconhecer situações de instabilidade a nível da saúde, mobilizando os conhecimentos e habilidades para agir de forma rápida e antecipatória na resposta (OE, 2010b).

Considero que a triagem de enfermagem é um local de relevância numa urgência pediátrica, pois é o primeiro sítio onde a criança/jovem tem contato com o profissional de saúde e é aqui que é feita uma primeira avaliação do estado de saúde destes e realizado o encaminhamento de acordo com a gravidade da situação. Deve ser realizada por um enfermeiro especialista em saúde da criança e do jovem, pois estes são os profissionais mais habilitados para lidar com as crianças/jovens e famílias em situações de especial complexidade e onde situações graves, podem passar despercebidas a um olhar menos concentrado e treinado.

Na urgência pediátrica foi onde pude pôr mais em prática a minha área de atuação, os comportamentos de risco na adolescência. Esta temática era uma necessidade sentida por parte da equipa, pois estavam a receber esta faixa etária, catorze aos dezoito anos, há pouco tempo o que, até então, estes “utentes” eram observados na urgência geral.

Foi-me proposto pela enfermeira chefe do serviço, fazer uma formação á equipa de enfermagem sobre a problemática dos comportamentos de risco na adolescência, nomeadamente sobre alcoolismo e distúrbios neuro vegetativos, e sua atuação em serviço de urgência (Anexo XIII), visto serem as situações com as quais se deparavam mais frequentemente no serviço.

No decorrer destas quatro semanas pude deparar-me com várias situações de comportamentos de risco. Houve uma situação grave relacionada com um comportamento de risco que me marcou. Um jovem de dezasseis anos, que deu entrada no serviço por volta das 8h30 da manhã em coma alcoólico. Este jovem tinha sido encontrado na via pública, caído no chão e inconsciente e foi levado para o hospital pelos bombeiros. Só mais tarde é que se conseguiu entrar em contato com a família.

Muitos adolescentes não tem noção das suas capacidades e bebem incontrolavelmente até um estado de embriaguez; bebem pelo simples prazer de beber ou para serem aceites pelos seus pares. A revisão sistemática da literatura refere que é um comportamento em ascensão e que normalmente está associado a outros comportamentos de risco. Uma vez que a experimentação do álcool é cada vez mais precoce, constata-se que a relação entre estes padrões de consumo são responsáveis por uma maior probabilidade de ocorrer dependência alcoólica a nível futuro. (MS, 2013) Este fato traz consequências graves para a saúde da sociedade, a nível futuro, pelo que os profissionais de saúde devem estar despertos para esta problemática de forma a poderem agir, no sentido de minimizar estes efeitos negativos para a saúde.

Esta situação fez-me refletir, no sentido do que poderia fazer para que este adolescente não voltasse a repetir ou pelo menos que tivesse consciência do seu ato em termos da sua saúde. Recorrendo às competências específicas do enfermeiro especialista da saúde da criança e do jovem, promovi a autoestima do adolescente, valorizando a sua imagem corporal e fazendo-o ter noção de como ele deu entrada no serviço e se era isso que ele pretendia para o seu futuro, pois fazendo-o perceber qual o seu estado ao chegar ao serviço o fizesse mudar de comportamentos adotando comportamentos saudáveis, uma vez que para o adolescente a imagem que passa para os outros é importante para ele.

Após uma conversa com ele ao fim de três horas de observação no serviço de urgência, onde o adolescente pode expressar abertamente as suas emoções, constatei que não era a primeira vez que esta situação acontecia, mas sim a terceira. Não estava associada a nenhuma época específica, muito pelo contrário, bebia pelo simples prazer que isso lhe dava e que não percebia o porquê disto lhe ter acontecido, pois admitia que

já tinha bebido mais em outras ocasiões e não ficou inconsciente. Relatou-me também que para além da bebida, fumava e esporadicamente consumia drogas ilícitas.

Segundo Onya H., et al. (2012), os riscos associados ao uso excessivo e indevido do álcool na adolescência, não estão apenas relacionados com problemas para a saúde directamente, mas também com comportamentos de risco relacionados com a sexualidade, o tabagismo e uso de outras drogas ilícitas, a violência e os comportamentos agressivos e o absentismo escolar.

Era um jovem com baixo sucesso escolar, já tinha chumbado por duas vezes, frequentava o oitavo ano e pelo que me pude aperceber não existia grande envolvimento dos pais ou controlo destes sobre ele. A mãe foi a pessoa que veio ao serviço referindo que o pai era bastante rígido e pouco permissivo com o filho, falava pouco com ele. A mãe era uma pessoa menos autoritária e que dava liberdade ao filho, permitindo que este fosse sempre aos fins-de-semana para casa de uma avó, que era onde as situações ocorriam.

Tal como defende Eaton D., et al. (2004) e Alwan H. et al. (2011), os pais têm um papel de extrema importância na prevenção de comportamentos de risco e quanto maior é o seu envolvimento e acompanhamento dado aos filhos, menor é a probabilidade de estes se envolverem em comportamentos de risco.

Após conversa com a mãe, onde lhe foi explicado alguns dos riscos que o filho corria com estes comportamentos repetitivos, esta aceitou outro tipo de ajuda. Ficou decidido em equipa (médicos e enfermeiros de serviço), que este jovem ficava com consulta de adolescentes marcada e posterior encaminhamento para uma consulta de psicologia, se houvesse necessidade.

O Serviço de Urgência constitui um local de extrema importância que exige, da atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, conhecimento e experiência. Desde as situações mais vulgares às situações mais complexas, o serviço de urgência, é imprevisível, instável e surpreendente, havendo pouca margem para o erro e a hesitação. Exige dos profissionais o desenvolvimento de competências, de educação para a saúde, de detecção rápida de sinais de alarme, focalizando a sua intervenção numa comunicação assertiva e no estabelecimento de prioridades, com vista a uma intervenção eficaz. Tendo em conta que os adolescentes recorrem pouco aos serviços de saúde, nomeadamente aos cuidados de saúde primários, as observações em contexto de urgência, especialmente em situações de comportamento de risco, tornam-se oportunidades únicas para rastreio de comorbilidades e correta orientação dos adolescentes sobretudo no que diz respeito às escolhas que faz relativas à sua saúde. (DGS,2012b) Sendo que os enfermeiros se

encontram em posição ideal para avaliar esses mesmos comportamentos e nesse sentido proporcionar educação e promoção para a saúde, que é o objetivo proposto por Nola Pender, através o seu Modelo de Promoção de saúde. No estágio este Modelo foi mobilizado nomeadamente no caso descrito, pois foram considerados os comportamentos de risco anteriores, tentou-se perceber de que forma a família e o meio envolvente influenciavam o comportamento deste adolescente, qual era a noção que ele tinha sobre o seu estado de saúde e quais as barreiras existentes para que não houvesse uma mudança de comportamento, ou seja, a obtenção de um comportamento saudável.

4 – CONCLUSÃO

A elaboração deste relatório assumiu-se como uma etapa importante neste percurso acadêmico, contribuindo para uma reflexão ao nível pessoal e profissional, que permitirá futuramente uma intervenção mais organizada e estruturada.

O desenvolvimento de competências que visam a promoção da saúde na prevenção de comportamentos de risco na adolescência foi uma seleção pessoal, porém foi sempre tido em conta os locais de estágios, através do levantamento das necessidades da criança e família em cada contexto e das necessidades de cada serviço ou instituição, o que se traduziu na melhoria dos cuidados prestados.

A temática desenvolvida constituiu um estímulo, por ser considerada específica. As maiores dificuldades sentidas decorreram no levantamento das necessidades nos diferentes locais de estágio e se iam ou não ao encontro dos objetivos delineados, mas considero que foram ultrapassadas com êxito, pois em cada contexto ficou um projeto desenvolvido de acordo com as necessidades do serviço, apesar de nem sempre alinhados com a temática principal, a prevenção de comportamentos de risco.

A área da Promoção da Saúde é bastante importante e o Enfermeiro Especialista, tem um papel importante nesta área, pois a melhor forma de prevenir comportamentos de risco, é trabalhar preventivamente em proveito da saúde, promovendo estilos de vida saudáveis junto das crianças, adolescentes e suas famílias.

O uso do Modelo de Promoção da Saúde também se torna importante para se trabalhar a nível futuro, nos cuidados de enfermagem no que se refere á promoção da saúde, pois de acordo com o que está descrito na literatura, os comportamentos dos jovens são influenciados por várias variáveis, como a família a sociedade onde está inserido, o ambiente que o rodeia. O modelo de Nola Pender faz referência a todos esses fatores que interferem nos comportamentos de saúde e englobam de uma forma geral as estratégias definidas para prevenir os comportamentos de risco. Para os enfermeiros será mais fácil seguirem uma linha orientadora onde são abordadas todas essas dimensões podendo definir quais as ações de enfermagem necessárias para se atingir um comportamento de promoção da saúde, que é o objetivo deste modelo.

O enfermeiro tem um papel preponderante na educação e aconselhamento aos pais, face á saúde dos seus filhos e na identificação dos riscos a que os adolescentes estão expostos. É da competência do enfermeiro especialista avaliar o estado de saúde

da criança e jovem e participar em acções de promoção da saúde que visem a melhoria da qualidade de vida das crianças e jovens. As conclusões a que se chegou através das pesquisas feitas, a nível de quais as estratégias a desenvolver na promoção da saúde face aos comportamentos de risco nomeadamente no consumo excessivo de álcool por parte dos adolescentes, passa por uma avaliação do estado de saúde do adolescente face aos comportamentos de risco. Também é importante termos em conta a necessidade que o adolescente tem em se afirmar na sua independência, a pressão que os pares exercem sobre ele e muito importante a relação que este estabelece com os pais, que é um dos factores fundamentais na protecção do adolescente face aos comportamentos de risco, nomeadamente o consumo excessivo de álcool.

Como sugestão, era pertinente existir uma partilha permanente entre os Enfermeiros, ao nível dos cuidados de saúde primários e diferenciados, com o objetivo de promover projetos em conjunto, tendo em consideração as estratégias selecionadas, colaborando assim na promoção da saúde e bem-estar da população adolescente.

Este percurso permitiu, através do desenvolvimento de competências especializadas, a procura de cuidados de enfermagem de excelência com um conhecimento aprofundado acerca da criança/jovem, concentrando a intervenção do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem nas necessidades da criança/jovem e família.

Pude desenvolver competências específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem, designadamente no auxílio na maximização da saúde da criança /jovem, em especial, nas situações de risco que possam afetar negativamente a sua saúde. Na prestação de cuidados específicos de acordo com as necessidades do ciclo vital, desde o nascimento até á adolescência, especialmente na promoção da vinculação, considero ter desenvolvido intervenções de enfermagem apoiadas em pressupostos científicos, de acordo com as necessidades e as diferentes situações. Os ensinamentos clínicos constituíram uma parte importante na minha formação, uma vez que me proporcionaram diversas oportunidades de aprendizagem e aprofundamento dos conhecimentos adquiridos ao longo do curso, através das diferentes unidades curriculares, inerentes ao desempenho de funções como enfermeira especialista.

De um modo geral, considero que consegui concretizar todos os objectivos a que me propus alcançar ao longo do Estágio, bem como, os objectivos propostos para a elaboração deste Relatório.

5– REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alwan, H., Viswanathan B., Rousson V., Paccaud F. e Bovet P. (2011). *Association between substance use and psychosocial characteristics among adolescents of the Seychelles*. BioMed Central Pediatrics, (11) pp.85-92. Disponível em <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=21985036&lang=pt-br&site=ehost-live>

Barros, L. (2001). A Unidade de Cuidados Intensivos de Desenvolvimento como Unidade de Promoção do Desenvolvimento. In M. C. Canavarro. *Psicologia da Gravidez e da Maternidade*. Coimbra: Quarteto, pp. 297-316

Bowlby, J. (2002). *Apego: a natureza do vínculo*. São Paulo, Martins Fontes, pp.67

Brazelton, T. B. (2009). *O Grande Livro da Criança. O Desenvolvimento emocional e do comportamento durante os primeiros anos*. Editorial Presença, Queluz de Baixo, 11^a edição, pp.535

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

Cárdenas, C. e Guerra, J. (2008). *Interpretación del cuidado de enfermería neonatal desde las experiencias y vivencias de los padres*. Avances en Enfermería: Bogotá.

Carter, M., McGee, R., Taylor, B., e Williams, S. (2007). Health outcomes in adolescence: Association with family, friends and school engagement. *Journal of Adolescence*, 30, pp. 51-62.

Cole, Gerty N.(2011). *Conceitos de prática profissional de enfermagem*. Escola de Enfermagem ETSU.

Direcção Geral de Saúde (2004). *Plano Nacional de Saúde 2004-2010: mais saúde para todos*. Lisboa

Direcção Geral de Saúde (2006a). *Programa Nacional de Saúde Escolar*. Despacho nº12.045/2006 (2ª série). Lisboa.

Direcção Geral de Saúde (2006b). *Programa Nacional de Saúde dos Jovens 2006-2010*. Despacho nº12 045/2006. Lisboa.

Direcção Geral de Saúde (2012a). *Plano Nacional de Saúde 2012-2016*. Lisboa

Direcção Geral de Saúde (2012b). *Abordagem da Intoxicação Alcoólica Aguda em Adolescentes e Jovens*. Norma nº035/2012. Lisboa

Dowdell, E.B. (2006). *Alcohol use, smoking, and feeling unsafe: health risk behaviors of two urban seventh grade classes*. *Comprehensive Pediatric Nursing*, (29), pp.157–171
Disponível em

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=16923679&lang=pt-br&site=ehost-live>

Eaton, D.K., Forthofer, M.S., Zapata, L.B., Brown, K.R.M., Bryant, C.A., Reynolds, S.T. e McDermott, R.J. (2004,Março). *Factors Related to Alcohol Use Among 6th through 10th Graders: The Sarasota County Demonstration Project*. *Journal of School Health*, (74),nº3, pp. 95-104. Disponível em:

<http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=15137269&lang=pt-br&site=ehost-live>

Feijão, Fernanda (2011). *Inquérito Nacional em Meio escolar, 2011 – Secundário Consumo de drogas e outras substâncias psicoactivas: uma abordagem integrada*. Lisboa: Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD)

Feijão, F., Lavado, E. e Calado, V. (2012). *Estudo sobre o consumo de álcool, tabaco e drogas*. Portugal. Acedido em 7 de Março de 2014. Disponível em

<http://www.idt.pt/PT/Investigacao/Paginas/EstudosConcluidos.aspx>

Feijó, B.R. e Oliveira, É. A. (2001). Comportamento de risco na adolescência. *Jornal de Pediatria*, Sociedade Brasileira de Pediatria (77) (2), pp.10.

Gomes, V.L.O. e Mendes, F.R.P. (2009). *Representações de adolescentes Luso-brasileiros acerca do conceito de "Risco": Subsídios para actuação de enfermagem*. Revista Eletrônica de enfermagem. Acedido em 5 de Janeiro de 2014. Disponível em <http://www.fen.ufg.br/revista/v11/n3/v11n3a29.htm>.

Jorge, A. M. (2004). *Família e Hospitalização da Criança – (re) pensar o cuidar em enfermagem*. Loures, Lusociência – edições técnicas e Científicas, Lda.

Leal, I. (2006). *Perspectivas em psicologia da saúde*. Coimbra: Editora Quarteto.

Masia, A.G. e Cordero, M.M. (2009). *Capítulo 50: cateter epicutâneo canalização*. Acedido em 20 de Junho de 2013. Disponível em <https://groups.google.com/d/msg/eccpn/zd.../J-Tmpc-VfAJ>

Ministério da saúde (2002). *Cartas da promoção da saúde*. Série B. Textos básicos em saúde. Brasília – DF.

Ministério da saúde (2013). Decreto lei nº 50/2013. Diário da republica. 1ª serie, nº74.

Nursing Theories (2009). Acedido em 5 de Janeiro de 2014. Disponível em: http://currentnursing.com/nursing_theory/health_promotion_model.html

Onya, H., Tessera A., Myers B. e Flisher A. (2012). *Community influences on adolescents' use of home-brewed alcohol in rural South Africa*. BioMedCentral Public Health, 12 (642), p.8. Disponível em: <http://search.ebscohost.com/login.aspx?direct=true&db=mnh&AN=22883212&lang=pt-br&site=ehost-live>

Ordem dos Enfermeiros (2010a). *Guias orientadores de boa prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Volume I, Série I, nº3.

Ordem dos Enfermeiros (2010b). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa

Ordem dos Enfermeiros (2010c). *Regulamento das competências comuns do enfermeiro especialista*. Lisboa

- Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde da criança e do jovem*. Lisboa
- Pai, M., McCulloch, M., Gorman, J.D., Enanoria, W., Kennedy, G., Tharyan, P., Colford, J.M. (2004, March/April). Systematic reviews and meta-analyses: na illustrated, step-by-step guide. *Natl Med*, India, 17 (2) pp. 86-95. Disponível em:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15141602>
- Pender, N.J., Murdaugh, C.L., e Parsons, M.A. (2006). *Promoção de Saúde na Prática de Enfermagem*. 5ª ed. New Jersey: Pearson Prentice Hall.
- Pinto, E. (2008, Setembro/Outubro). O Estresse no Neonato Pré-termo: uma reflexão axiológica acerca de possíveis influências dos fatores sensório-ambientais em unidade de terapia intensiva neonatal. *Fitness & Performance*, Rio de Janeiro, (7) pp. 345-351
- Ponte, C. e Vieira, N. (2007). *Crianças e internet, riscos e oportunidades. Um desafio para a agenda de pesquisa nacional*. Comunicação e Cidadania – Actas 5º Congresso da Associação Portuguesa de Ciências da Comunicação. Braga: Centro de estudos de comunicação e sociedade.
- Sakraida, T. (2004). Modelo de Promoção da Saúde. In: Tomey, A. M. e Alligood, M. R. *Teóricas de Enfermagem e a Sua Obra (Modelos e Teorias de Enfermagem)*. 5ª ed, Loures, Lusociência.
- Sampaio, R.F., Marciri, M.C. (2007). *Estudos de revisão sistemática: um guia para síntese criteriosa da evidência científica*. 11 (1) pp. 83-89.
- Santos, M.L.R.R. (2011). *Saúde mental e comportamentos de risco em estudantes universitários*. Tese de Doutoramento em psicologia. Universidade de Aveiro, Aveiro, Portugal. Disponível em:
<https://ria.ua.pt/bitstream/10773/6738/1/Tese%20Luisa%20Santos.pdf>
- Santos, O.T.R.P.F.M. (2008). *Comportamentos de saúde e comportamentos de risco em adolescentes do ensino secundário: Ligações com a família, amigos e envolvimento com a escola*. Dissertação de mestrado em psicologia. Universidade Fernando Pessoa, Porto, Portugal. Disponível em:
http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1051/2/olgasantos_.pdf

Tacsi, Y. e Vendruscolo, D. (2004). A assistência de enfermagem no serviço de emergência pediátrica. *Revista Latino- Americana de Enfermagem*. Ribeirão Preto. 12(3) pp. 477- 484.

Victor, J.F., Lopes, M.V.L. e Ximenes, L.B. (2005). Análise do diagrama do modelo de promoção de saúde de Nola J. Pender. *Acta Paul Enferm*. 18(3) pp. 235-240

Wegner, W. (2011). *A segurança do paciente nas circunstâncias de cuidado: prevenção de eventos adversos na hospitalização infantil*. Tese de doutoramento em Enfermagem, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, Brasil.

Disponível em:

<http://www.lume.ufrgs.br/bitstream/handle/10183/29132/000776300.pdf?sequence=1>

Whaley, L., Wong, D.(2006). *Enfermagem Pediátrica – Elementos Essenciais à Interpretação Efetiva*. 7ª Edição, Rio de Janeiro: Editora Guanabara Koogan, SA.

World Health Organization (2008). Relatório mundial sobre prevenção de acidentes nas crianças. Disponível em

http://www.who.int/violence_injury_prevention/child/injury/world_report/Falls_portuguese.pdf

World Health Organization (2011, Agosto). *Young people: health risks and solutions*. Ficha nº345

ANEXOS

ANEXO I – Análise do artigo 1 “Alcohol use, smoking, and feeling unsafe: Health risk behavior of two urban seventh grade classes”

ARTIGO 1

TITULO	Alcohol use, smoking, and feeling unsafe: Health risk behavior of two urban seventh grade classes
AUTORES	Elizabeth Burgess Dowdell, PhD, CRNP, RN Villanova University College of Nursing, Villanova, Pennsylvania
MÉTODO	Estudo descritivo, correlacional – Nível de evidência IV (Guyatt e Rennie, 2002) (Anexo XIV)
OBJETIVOS	<ul style="list-style-type: none">• Descrever os tipos de comportamentos de risco levados a cabo por uma população estudantil do sétimo ano• Descrever a frequência desses comportamentos de risco• Descrever a idade de início do comportamento de risco para a saúde
PARTICIPANTES	105 alunos (idades entre os 11 e 13 anos) de duas escolas de ensino médio da seção Sudoeste Filadélfia. 54 alunos da escola A e 51 alunos da escola B. 65 alunos do sexo feminino e 40 alunos do sexo masculino
INTERVENÇÕES	<p>Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Questionário: Youth Risk Behaviors Surveillance System (YRBSS) <p>Este instrumento serve para obter informações sobre comportamentos específicos entre os jovens com idades compreendidas entre os 11 e os 18 anos e para determinar a prevalência e a idade de início de comportamentos de risco para a saúde. Avalia se os comportamentos de risco para a saúde aumentam ou diminuem ao longo do tempo e examina a co-ocorrência desses comportamentos entre os jovens. Os comportamentos de risco abrangidos estão inseridos nas seguintes categorias: nutrição (hábitos alimentares), níveis de actividade física, uso de drogas e álcool, violência e comportamentos sexuais.</p> <ul style="list-style-type: none">• Questionário sociodemográfico construído pelo autor – dados relativos à etnia, informações sobre a família de origem e habitação <p>Procedimento:</p> <ul style="list-style-type: none">• Garantida a confidencialidade do estudante• Explicados objectivos do estudo aos pais e alunos• Consentimento informado para participar no estudo pais e alunos• Os dois questionários foram entregues numa aula de 45 minutos no período da manhã
DISCUSSÃO	<ul style="list-style-type: none">• Os alunos deste estudo estavam envolvidos em comportamentos de risco para a saúde multidimensionais;• O uso de álcool é um comportamento de risco para a saúde, em que a maioria dos estudantes participaram e 49% referiram que o consumo de álcool começou durante este ano lectivo;• Os rapazes relataram níveis mais elevados de consumo de álcool que as raparigas;• Fumar foi outro comportamento de risco para a saúde detetado neste estudo;• O uso de álcool e tabagismo são dois comportamentos fortemente correlacionados entre os participantes, os

	<p>alunos que fumavam eram mais propensos ao consumo de álcool;</p> <ul style="list-style-type: none"> • Os alunos que relataram terem-se envolvido em confrontos físicos, brigas e problemas com a polícia, eram os mais propensos a terem bebido álcool recentemente; • Os alunos que consumiam álcool eram os mais propensos a andar armados. • Enquanto os alunos estão no ambiente escolar, não consomem álcool, tabaco ou andam armados.
LIMITAÇÕES	<ul style="list-style-type: none"> • O tamanho da amostra original ser pequeno e predominantemente com crianças de raça branca, que viviam num bairro racialmente misto e com baixo nível socioeconómico; • Falta de informações sobre determinadas informações financeiras individuais das famílias.
INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	<p>Os enfermeiros precisam de avaliar o estado de saúde física dos adolescentes e fazer perguntas específicas para os comportamentos de risco para a saúde.</p> <p>Os enfermeiros através da avaliação da história de enfermagem, podem detetar problemas de saúde precocemente e incentivar a comportamentos que promovam estilos de vida saudáveis.</p>
CONCLUSÃO	<p>O ensino secundário é um momento crítico para muitos adolescentes. Hábitos de saúde e comportamentos iniciados durante esta fase podem ter consequências para a saúde a curto e a longo prazo.</p> <p>Avaliar os comportamentos de risco para a saúde do adolescente, pode ser um ponto focal para o resultado positivo de estratégias de promoção da saúde e escolhas de estilos de vida saudáveis.</p> <p>Os enfermeiros estão numa posição ideal para fornecer um ambiente seguro, contribuindo para a educação para a saúde e dando suporte a esta população de risco que são os adolescentes.</p>

ANEXO II – Análise do artigo 2 “Association between substance use and psychosocial characteristics among adolescents of the Seychelles”

ARTIGO 2

TITULO	Association between substance use and psychosocial characteristics among adolescents of the Seychelles
AUTORES	Heba Alwan; Bharathi Viswanathan; Valentin Rousson; Fred Paccaud; Pascal Bovet
MÉTODO	Estudo transversal - Nível de evidência IV (Guyatt e Rennie, 2002) (Anexo XIV)
OBJETIVOS	Analisar a associação entre o uso de substâncias, como o tabaco álcool e cannabis, e as características de protecção e os factores de risco entre os adolescentes das Seychelles.
PARTICIPANTES	1432 alunos de todas as escolas secundárias com idades entre os 11 e os 17 anos. Foram seleccionadas 64 turmas das 13 escolas que participaram no estudo. 35 participantes tinham 11 anos, 226-12 anos, 325-13 anos, 296-14 anos, 307-15 anos, 191-16 anos e 47 tinham 17 anos.
INTERVENÇÕES	Instrumentos: <ul style="list-style-type: none">• Questionário: Global School-based Health Survey (GSHS) Este instrumento de pesquisa escolar foi desenvolvido pela Organização Mundial de Saúde, os Centros de controlo e prevenção de doenças (Atlanta) e outras agências internacionais, com o objetivo de fornecer uma metodologia comum para a recolha de dados num amplo conjunto de comportamentos de risco e características psicossociais entre os estudantes de todo o mundo. Procedimento: <ul style="list-style-type: none">• Questionário anónimo;• Aplicado a todas as turmas no mesmo dia, por funcionários a quem foi dada formação de 1 dia para o efeito;• Não foi dada informação aos pais e alunos antes do estudo;• O estudo foi aprovado pelo comité do Ministério da Saúde não sendo necessário o consentimento informado dos pais.
DISCUSSÃO	<ul style="list-style-type: none">• Neste estudo considerou-se como comportamentos de risco o tabagismo, consumo de álcool e de cannabis;• O uso destas substâncias está associado com a idade e com várias características psicossociais quer a nível individual quer a nível familiar;• Os comportamentos de risco diferem dos rapazes para as raparigas;• A nível individual, a tentativa de suicídio e o absentismo escolar são características comuns aos 3 comportamentos de risco e aos 2 sexos;• A nível familiar, a baixa supervisão por parte dos pais, aumenta a probabilidade destes comportamentos de risco;• Características psicológicas tais como a tristeza, solidão, insónia constante e ideação suicida, estão associadas ao uso destas substâncias;

	<ul style="list-style-type: none"> • Os 3 comportamentos de risco estão associados a práticas parentais pobres. Em geral, quando existe uma boa comunicação entre pais e filhos e apoio destes aos filhos a probabilidade dos adolescentes se envolverem em comportamentos de risco é menor, sendo o envolvimento dos pais uma característica forte na proteção contra estes comportamentos de risco; • Os adolescentes que andam com mais dinheiro, tendem a envolver-se com mais frequência nestes comportamentos de risco, comparativamente com os seus pares com menos dinheiro; • O absentismo escolar está fortemente associado com os 3 comportamentos de risco. Enquanto o absentismo escolar pode simplesmente ser um marcador de outros comportamentos de risco pessoal e/ou subjacentes a um ambiente familiar instável, esta característica também pode reflectir o aumento de oportunidades par se envolverem no uso destas substâncias durante o tempo que não tem supervisão da escola; • Ter menos de 2 amigos íntimos geralmente aumenta a probabilidade de uso destas substâncias, observou-se que a solidão aumenta o uso destas substâncias, o que sugere que o isolamento social pode ser uma fonte de tensão e tédio e pode levar a um aumento dos comportamentos de risco.
LIMITAÇÕES	<ul style="list-style-type: none"> • Os dados foram relatados pelos adolescentes e podem reflectir uma perceção subjetiva do uso de substâncias a e não a situação real; • Os baixos níveis de comportamentos de risco considerados, podem reflectir apenas a experimentação e não o consumo de substâncias, sendo um aspeto normal no desenvolvimento do adolescente; • A verdadeira prevalência do uso de substâncias entre os adolescentes é provavelmente subestimado dado que tem sido mostrado que os alunos que faltam á escola tendem a ter uma maior prevalência de comportamentos de risco do que os alunos que não faltam á escola.
CONCLUSÃO	<p>O uso de substâncias como o tabaco, o álcool e o cannabis em adolescentes está associado a várias características psicossociais compartilhadas e os programas de prevenção devem ter uma intervenção abrangente em vez de se ter em conta apenas substâncias específicas.</p> <p>Existem fatores de risco e fatores de proteção a nível individual e familiar que devem ser considerados a quando a elaboração de programas de promoção da saúde. Nomeadamente, reforçar o apoio e acompanhamento dos pais, para reduzir a prevalência do consumo de substâncias entre os adolescentes.</p> <p>Aquando a elaboração de programas de prevenção deve-se ter em conta o género, pois o consumo de substâncias varia de rapaz para rapariga.</p>

ANEXO III – Análise do artigo 3 “Community influences on adolescents’ use of home-brewed alcohol in rural South Africa”

ARTIGO 3

TÍTULO	Community influences on adolescents' use of home-brewed alcohol in rural South Africa
AUTORES	Hans Onya; Abebe Tessera; Bronwyn Myers; Alan Flisher
MÉTODO	Estudo quantitativo - Nível de evidência IV (Guyatt e Rennie, 2002) (Anexo XIV)
OBJETIVOS	Analisar as influências da comunidade sobre o consumo de álcool caseiro por parte dos adolescentes numa região rural da África do Sul
PARTICIPANTES	1600 alunos, com idades compreendidas entre os 11 e os 16 anos que frequentam as escolas de ensino médio em Mankweng distrito da província de Limpopo, África do sul. Foram selecionadas aleatoriamente 20 escolas das 63 escolas públicas da região, num total de 80 alunos por escola. 740 alunos eram do sexo masculino e 795 do sexo feminino.
INTERVENÇÕES	<p>Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Questionário sobre os comportamentos de risco nos adolescentes que analisou o uso de álcool pelos adolescentes e as várias influências da comunidade no consumo de álcool. • Este questionário dividia-se em 3 partes: <ol style="list-style-type: none"> 1ª- 15 itens sobre demografia e nível socioeconómico do aluno; 2ª- 26 itens sobre o uso de álcool, o uso de outras drogas e correlatos psicossociais para o álcool e outras drogas, incluindo a comunidade e a influência de várias variáveis; 3ª- 43 itens que exploram o tempo de vida e o uso actual de álcool caseiro e uma variedade de outros comportamentos de risco para a saúde. <p>Procedimento:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Questionário de autoadministração, aplicado em períodos escolares regulares, na ausência de professores ou outros funcionários da escola, sob condições tipo exame; • Foi mantido o anonimato e a confidencialidade; • A permissão para que os alunos participarem no estudo foi dada pelo Departamento de Educação e Cultura da província de Limpopo; • O estudo foi aprovado pelo Comité de Ética da Universidade de Limpopo e a Universidade de Cape Town
DISCUSSÃO	<ul style="list-style-type: none"> • Foram identificados 3 fatores da comunidade que influenciam significativamente o uso de álcool caseiro por parte dos adolescentes: o grau de comportamento antissocial por parte do adulto dentro da comunidade, a percepção por parte dos adolescentes sobre a insegurança e a degradação do seu bairro e a afirmação dos adolescentes dentro da comunidade; • Quanto maior é o conhecimento dos adolescentes sobre adultos com comportamentos antissociais, como o uso de drogas, maior é a probabilidade do adolescente consumir álcool. Dado que a primeira unidade de socialização, em contextos rurais africanos, é a

	<p>comunidade em geral e se as normas comunitárias parecem favorecer ou pelo menos tolerar os comportamentos antissociais entre os vários membros da comunidade, não é de estranhar que neste contexto aumente o número de adolescentes que inicia o consumo de álcool precocemente;</p> <ul style="list-style-type: none"> • A percepção dos adolescentes sobre o estado da sua vizinhança influencia a probabilidade do consumo de álcool por parte dos adolescentes, sendo que os adolescentes que que viviam em bairros abandonados e que se sentiam inseguros eram mais propensos ao consumo de álcool caseiro. Esta situação pode estar relacionada com o facto dos adolescentes de bairros abandonados poderem sentir-se presos aos seus ambientes e perderam a esperança para um futuro melhor; • Quanto mais os adolescentes se sentem valorizados e reconhecidos dentro da comunidade, menor é a probabilidade para o início precoce do consumo de álcool. Neste contexto sociocultural, o sentimento de inclusão do adolescente pela comunidade em geral, influencia os comportamentos pró-sociais, como o não beber.
LIMITAÇÕES	<ul style="list-style-type: none"> • Não foram incluídos adolescentes que não frequentavam a escola; • Este estudo destaca algumas associações entre as variáveis da comunidade e o álcool a utilizar • O estudo não inclui medidas de disponibilidade ou a facilidade ao acesso do álcool caseiro dentro da comunidade • Um estudo qualitativo que explora como o adolescente percebe o seu bairro e a comunidade na influência ao seu consumo de álcool, seria mais aprofundado na compreensão deste fenómeno
CONCLUSÃO	<p>As variáveis ao nível da comunidade, têm uma influência sobre os comportamentos de consumo dos adolescentes nas comunidades rurais.</p> <p>É essencial que os programas de prevenção do álcool sejam integrados nas várias dimensões da comunidade, pois esta tem uma influência importante na adolescência face aos comportamentos de saúde.</p> <p>As intervenções baseadas na prevenção do consumo de álcool entre os adolescentes, para ser eficaz, deve também reunir esforços no sentido de reduzir o uso de substâncias e outros comportamentos antissociais entre os adultos dentro da comunidade onde este está inserido.</p> <p>Os programas de prevenção devem incluir elementos que trabalhem para melhorar a afirmação da comunidade de adolescentes, no sentido de fomentar comportamentos pró-sociais.</p>

ANEXO IV – Análise do artigo 4 “Factors Related to Alcohol Use Among 6th through 10th Graders: The Sarasota County Demonstration Project”

ARTIGO 4

TÍTULO	Factors Related to Alcohol Use Among 6th through 10th Graders: The Sarasota County Demonstration Project
AUTORES	Danice K.Eaton; Melinda S. Forthofer; Lauren B. Zapata; Kelli R. McCormack Brown; Carol A. Bryant; Sherri T. Reynolds; Robert J. McDermott
MÉTODO	Estudo quantitativo transversal - Nível de evidência IV (Guyatt e Rennie, 2002) (Anexo XIV)
OBJETIVOS	Avaliar os fatores significativamente associados ao consumo de álcool na faixa etária dos 12 aos 16 anos, na juventude de Sarasota County, Florida.
PARTICIPANTES	2407 alunos de 16 escolas (15 públicas e 1 privada) de 113 turmas. Destes 328 inquéritos foram excluídos por falta de dados excessivos e respostas falsas e 75 inquéritos foram excluídos porque os alunos estavam fora da faixa alvo a ser pesquisada. Foram trabalhados 2004 inquéritos no total.
INTERVENÇÕES	<p>Instrumentos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Questionário adaptado a partir do Youth Risk Behavior Survey (YRBS), que avaliam o comportamento face ao uso do álcool;• Algumas escalas obtidas do Estudo Nacional Longitudinal de saúde dos Adolescentes (ex.: Qualidade da relação mãe-filho e relação pai-filho; ligação á escola, depressão) <p>Procedimentos:</p> <ul style="list-style-type: none">• Os questionários foram aplicados por membros da equipa de pesquisa aos alunos em sala de aula;• Os professores saíram da sala de aula durante a administração da pesquisa no sentido de minimizar a ansiedade dos alunos;• Foi explicado o propósito da pesquisa e dadas instruções sobre como deveria ser preenchido o questionário;• Foi assegurado o anonimato dos alunos e a participação voluntária dos mesmos;• O preenchimento do inquérito variou entre 20 a 50 minutos.
DISCUSSÃO	<ul style="list-style-type: none">• As taxas de consumo de álcool neste estudo foram superiores aos calculados a partir de outros dados estatais e locais;• Em todos os níveis de ensino analisados, 68% dos rapazes e 66% das raparigas referiram nunca ter bebido.• No sétimo ano mais de metade dos inquiridos relataram que já haviam experimentado álcool.• Em todos os níveis de escolaridade 49% dos rapazes e 48% das raparigas referiram ter bebido recentemente, tendo sido um comportamento relatado pela maioria dos alunos do 9º ano.• O risco de se tornarem consumidores de álcool habituais ou consumir álcool em excesso de uma só vez parece estar relacionado com as percepções dos adolescentes face ao consumo de álcool pelos seus pares.• Os resultados também sugerem que diversos fatores

	<p>personais, sociais e ambientais influenciam a iniciação do consumo de álcool e a sua posterior utilização, tais como:</p> <ul style="list-style-type: none"> ➤ A importância do acompanhamento dos pais aos adolescentes; ➤ As percepções dos adolescentes face à aprovação dos pais no consumo de álcool, bem como as circunstâncias em que é usado, como por exemplo em ocasiões especiais; ➤ A percepção dos adolescentes face ao consumo de álcool pelos seus pares; ➤ Percepções de acessibilidade ao álcool e o seu uso como uma atividade social entre amigos; ➤ A percepção de algumas propriedades intrínsecas do álcool, como o gosto, bem como a sua formação de aparência social ou imagem; ➤ A confiança que o adolescente tem nele próprio, em recusar.
LIMITAÇÕES	<ul style="list-style-type: none"> • Os resultados são baseados em dados transversais; • Os dados são baseados no autorrelato não confirmado; • Cerca de 14% dos inquiridos concluídos foram excluídos da última análise, devido à falta de dados excessivos dados falsos.
CONCLUSÃO	<p>Estes resultados podem oferecer importantes implicações para a prática da saúde escolar, sugerindo alvos de intervenção específicos que são mais promissores nos esforços para a prevenção do consumo de álcool.</p> <p>Estratégias eficazes devem abordar a complexa relação entre a necessidade que o adolescente tem pela independência, o seu desenvolvimento físico e social, a pressão dos colegas, os fatores parentais e um conjunto de outras influências.</p> <p>Os pais e outros adultos podem influenciar o adolescente face à percepção às normas sociais relativas ao uso e conhecimentos sobre o consumo responsável de álcool. Podendo constituir alvos secundários importantes de prevenção e intervenção face às mensagens que emanam de iniciativas de marketing social.</p>

ANEXO V – Protocolo de atuação do risco de queda

Protocolo do risco de queda

Baixo risco de queda

- 1- Orientação para o quarto.
- 2- Cama na posição mais baixa, travada e grades da cama para cima.
- 3- Avaliar a distância entre as grades, de acordo com a criança, utilizar precauções de segurança adicionais, se necessário.
- 4- Usar calçado antiderrapante, na criança que deambula e roupas de tamanho adequado para evitar o risco de tropeçar.
- 5- Quarto livre de equipamento desnecessário, arrumado e livre de riscos.
- 6- Campanha de chamada ao alcance da criança/família, ensinar sobre a sua funcionalidade.
- 7- Avaliar a necessidade de eliminação, ajudar se necessário.
- 8- Avaliar a necessidade de iluminação adequado no período noturno.
- 9- Disponibilizar informação para crianças e pais.
- 10- Incluir no plano de cuidados documento de ensino sobre prevenção de quedas.

Alto risco de queda

- 1- Identificar exteriormente o quarto.
- 2- Identificar a criança.
- 3- Retirar todos os equipamentos desnecessários do quarto.
- 4- Acompanhar a criança na deambulação.
- 5- Avaliar a necessidade de colocar a criança num quarto mais perto da sala de trabalho de enfermagem.
- 6- Ensinar criança/família sobre prevenção de quedas.
- 7- Manter as portas do quarto sempre abertas, excepto se criança em isolamento.
- 8- Verificar o paciente de hora a hora.
- 9- Avaliar a necessidade de supervisão de 1:1.
- 10- Avaliar horário de administração de medicamentos

ANEXO VI – Instrução de trabalho sobre prevenção de quedas em Pediatria em meio hospitalar

**Título: PREVENÇÃO DE QUEDAS EM
PEDIATRIA EM MEIO HOSPITALAR**

1. OBJECTIVOS

- Definir critérios de avaliação do risco de queda em pediatria.
- Uniformizar avaliação do risco de queda pediátrica.
- Definir medidas que visem a prevenção de quedas em meio hospitalar.
- Implementar intervenções de acordo com o risco identificado.

2. ÂMBITO

- O instrumento de avaliação aplica-se a todos as crianças internadas.
- A avaliação do risco de queda, aplica-se a todos os contextos assistenciais, independentemente do diagnóstico clínico e necessidades em cuidados de saúde,

3. DEFINIÇÕES

Risco é a probabilidade de um acontecimento provocar um incidente.

Queda é um acontecimento cujo resultado é ficar inadvertidamente tombado no chão.

A avaliação do risco de queda é fundamental no planeamento e implementação de medidas para a sua prevenção.

4. DESCRIÇÃO

INFORMAÇÕES GERAIS

- No ambiente hospitalar, os incidentes adversos são indesejáveis em qualquer Serviço. Estes são motivo de preocupação para profissionais de saúde e administradores, pois em geral eles acontecem inesperadamente e levam a um desvio da qualidade dos cuidados, com consequências imprevisíveis para a criança/família, para a equipa de enfermagem e para a instituição.
- Por esta razão, uma das medidas de segurança que o enfermeiro e a equipa de enfermagem devem fazer, refere-se à prevenção de quedas das crianças durante o período de internamento.
- A manutenção da segurança da criança no decorrer do internamento hospitalar é uma das principais responsabilidades atribuídas ao enfermeiro, que deve procurar todos os recursos disponíveis para realizá-la.
- O instrumento para a avaliação do risco de queda é a Escala de Humpty Dumpty que se encontra no Sistema informático.

- Será realizado pelo enfermeiro após a admissão da criança no serviço.
- O risco de queda deve ser reavaliado no início de cada turno e sempre que a situação clínica da criança se altere.
- O enfermeiro deve seguir as medidas gerais de prevenção de quedas e, as intervenções definidas, que se encontram no Sistema informático, para o nível de risco identificado.
- Deve informar-se família/criança, sobre a avaliação do risco de queda e das intervenções realizadas.

PARAMETROS DA ESCALA DE HUMPTY DUMPTY

A avaliação do Risco de Queda será efetuada segundo a **ESCALA DE HUMPTY DUMPTY** que permite atribuir uma pontuação aos seguintes parâmetros:

- Idade
- Sexo
- Diagnóstico
- Fatores ambientais
- Medicação usada
- Deficiências cognitivas
- Cirurgia/Sedação/Anestesia

A soma das pontuações atribuídas a cada um dos 7 parâmetros (mínima – 7 e máxima – 23), define o grau de risco de queda da criança, de acordo com a Escala de Humpty Dumpty.

Com a avaliação de todos os parâmetros, pretende-se considerar se a criança tem **Alto risco de queda, ou Baixo risco de queda.**

- Consideram-se com **BAIXO RISCO DE QUEDA** as crianças que tenham Baixo Risco na Escala de Humpty Dumpty (Pontuação 7-11).
- Consideram-se com **ALTO RISCO DE QUEDA** as crianças que tenham Alto Risco na Escala de Humpty Dumpty (Pontuação 12-23)

DESTINATÁRIOS

Enfermeiros do Hospital de Vila Franca de Xira

<p>2 – MEDIDAS PREVENTIVAS E INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM</p> <p>2.1 - Aplicar protocolo de prevenção de quedas – BAIXO RISCO</p> <p>11- Orientação para o quarto.</p> <p>12- Cama na posição mais baixa, travada e grades da cama para cima.</p> <p>13- Avaliar a distância entre as grades, de acordo com a criança, utilizar precauções de segurança adicionais, se necessário.</p> <p>14- Usar calçado antiderrapante, na criança que deambula e roupas de tamanho adequado para evitar o risco de tropeçar.</p> <p>15- Quarto livre de equipamento desnecessário, arrumado e livre de riscos.</p> <p>16- Campanha de chamada ao alcance da criança/família, ensinar sobre a sua funcionalidade.</p> <p>17- Avaliar as necessidade de eliminação, ajudar se necessário.</p> <p>18- Avaliar a necessidade de iluminação adequado no período noturno.</p> <p>19- Disponibilizar informação para crianças e pais.</p> <p>20- Incluir no plano de cuidados documento de ensino sobre prevenção de quedas.</p>	<p>2 - Para prevenir a ocorrência de queda</p>	
---	--	--

<p>2.3 - Aplicar protocolo de prevenção de quedas – ALTO RISCO</p> <p>11- Identificar exteriormente o quarto.</p> <p>12- Identificar a criança.</p> <p>13- Retirar todos os equipamentos desnecessários do quarto.</p> <p>14- Acompanhar a criança na deambulação.</p> <p>15- Avaliar a necessidade de colocar a criança num quarto mais perto da sala de trabalho de enfermagem.</p> <p>16- Ensinar criança/família sobre prevenção de quedas.</p> <p>17- Manter as portas do quarto sempre abertas, excepto se criança em isolamento.</p> <p>18- Verificar o paciente de hora a hora.</p> <p>19- Avaliar a necessidade de supervisão de 1:1.</p> <p>20- Avaliar horário de administração de medicamentos</p> <p>2.4 – Vigiar reacção da criança</p> <p>2.5 – Assistir o prestador de cuidados a identificar condições de risco para a queda</p> <p>2.6 – Ensinar o prestador de cuidados sobre prevenção de quedas</p> <p>2.7 – Providenciar folheto sobre prevenção de quedas no serviço</p>		
--	--	--

ANEXO VII - Ferramenta de avaliação para o risco de queda em pediatria adaptada da
escala de “Humpty Dumpty”

Ferramenta de avaliação para o risco de queda em pediatria adaptação da escala de “Humpty Dumpty”

Parâmetros	Critérios	Cotação
Idade	Menos de 3 anos	4
	Entre 3 e 6 anos	3
	Entre 7 e 12 anos	2
	Mais de 13 anos	1
Sexo	Masculino	2
	Feminino	1
Diagnóstico	Neurológico	4
	Alterações da oxigenação (diagnóstico respiratório, desidratação, anorexia, anemia, síncope/tonturas)	3
	Transtornos psíquicos	2
	Outros diagnósticos	1
Fatores ambientais	História de quedas/ Bebê em cama	4
	Criança com aparelhos auxiliares de marcha/ Bebê em berço/ quarto com muito equipamento/ Quarto com fraca iluminação	3
	Criança acamada	2
	Criança que deambula	1
Medicação usada	Uso de 2 ou mais dos seguintes medicamentos: sedativos, hipnóticos, barbitúricos, antidepressivos, laxantes, diuréticos, narcóticos	3
	1 dos medicamentos acima mencionado	2
	Outros medicamentos/ Nenhum	1
Deficiências cognitivas	Não consciente das suas limitações	3
	Esquece as suas limitações	2
	Orientado de acordo com as suas capacidades	1
Cirurgia/ Sedação/ Anestesia	Há 24 horas	3
	Há 48 horas	2
	Há mais de 48 horas/ Nenhum	1
Total		

Baixo risco de queda total = 7-11

Alto risco de queda total = 12-23

Quando é que se deve aplicar o instrumento de avaliação do risco de queda?

- Na admissão da criança
- No início de cada turno validar os critérios de cada criança
- Sempre que o estado da criança se altere

ANEXO VIII – Recomendações sobre prevenção de quedas em ambiente hospitalar

Recomendações sobre prevenção de quedas em ambiente hospitalar

As quedas fazem parte do processo de desenvolvimento normal de uma criança – aprender a andar, subir, correr, saltar e explorar o ambiente físico.

Quando uma criança se encontra internada o perigo de cair é maior. Existem vários fatores que aumentam esse risco:

- Crianças com menos de 3 anos de idade
- Estar doente e num ambiente desconhecido
- Estar a fazer determinados medicamentos (para a dor, para convulsões)
- Ter dificuldade respiratória, cansaço e febre
- Ter sofrido uma lesão traumática
- Alterações sensoriais: visão turva, problemas de audição e de comunicação



Um aumento do risco de cair pode ocorrer em diferentes momentos, durante o internamento do seu filho.

Acreditamos que a prevenção de quedas é uma responsabilidade que cabe a todos, e a sua colaboração é importante.

Aos pais

- Devem permanecer sempre junto da criança, o ambiente é desconhecido e tem perigos que ela não identifica;
- Devem avisar o enfermeiro sempre que sai do quarto e a sua criança fica sozinha;
- Devem deixar a cama na posição mais baixa e com as grades para cima, quando sai do quarto;
- Devem manter a criança bem segura quando ao colo;
- Devem manter o caminho desimpedido dentro do quarto da sua criança;
- Devem ter em atenção ao piso molhado aquando da limpeza do pavimento e na zona de banhos;
- Devem informar o enfermeiro sobre quaisquer mudanças de comportamento da criança.

As crianças com risco elevado de queda serão sinalizadas com pulseira vermelha e o quarto será identificado com um ursinho



O enfermeiro responsável irá frequentemente ao quarto verificar a segurança da criança.

Com a colaboração de todos os acidentes podem ser evitados

ANEXO IX – Folheto sobre: Os 5 sentidos de recém-nascido

ANEXO X – Folheto: Conheça o seu bebê

ANEXO XI – Instrução de trabalho sobre aplicação e manutenção de cateter epicutâneo

Aplicação e manutenção de cateter epicutâneo

1.OBJETIVO

Uniformizar procedimentos na aplicação e manutenção de cateter epicutâneo.

2.ÂMBITO

Este procedimento aplica-se na unidade de Neonatologia.

3.MATERIAL NECESSÁRIO

- Kit epicutâneo
- Garrote
- Compressas esterilizadas
- Agulha 25G
- Agulha 18G
- Seringa 5cc
- Seringa 10cc
- Lâmina de bisturi
- Pinça
- Steri-strip
- Spongostan
- Penso transparente
- Campo esterilizado com buraco
- Campo esterilizado sem buraco
- Luvas 6,5
- Luvas 7
- Luvas 7,5

4.RECURSOS HUMANOS

- 1 Pediatra
- 2 Enfermeiros

Aplicação e manutenção de cateter epicutâneo

5. MODO DE APLICAÇÃO

1. Colocar o RN na posição mais conveniente e confortável;
2. Selecionar o membro a ser puncionado e localizar a veia mais adequada, preferencialmente do membro superior (próximo da veia cava);
3. Medir com uma fita métrica, a partir do local da punção para a área do peito ou no 3^o ou 4^o espaço intercostal (veia escolhida na extremidade superior do membro) ou até ao apêndice xifóide (veia escolhida na extremidade inferior do membro);
4. Verificar a conexão epicutânea, introduzir a parte rígida da ligação azul silastic e parafuso. Expurgue o sistema e a asa com solução salina heparinizada, verificando se há extravasamentos ou má conexão da linha azul;
5. Imobilizar o RN. No acesso venoso do membro superior, manter a cabeça do RN voltada para o mesmo lado do membro que está a ser puncionado;
6. Preparar a área à volta do ponto de inserção. Utilizar campo estéril;
7. Proceder á punção venosa;
8. Introduzir o extremo distal do cateter através da agulha até que a marca negra esteja completamente oculta;
9. Aplicar uma pressão com o dedo por cima da ponta da agulha e retira-la cuidadosamente;
10. Manter o cateter reto enquanto retira a agulha;
11. Prenda com adesivo estéril temporariamente até comprovar local de inserção correta, com um Rx de controlo (cateteres são radiopacos);
12. Confirmada localização do cateter, este deve ser protegido definitivamente, usando adesivo estéril.

Aplicação e manutenção de cateter epicutâneo

6. CUIDADOS E MANUTENÇÃO DO CATETER EPICUTÂNEO

- Manter rigorosa assepsia antes de qualquer manipulação.
- Os sistemas de infusão devem ser trocados a cada 24 horas.
- Não cobrir o ponto de inserção do cateter para monitorizar os sinais de infecção, flebite ou extravasamento.
- Manter o cateter permeável, heparinizando todas as perfusões que são perfundidas por ele.
- Verificar a imobilização dos membros periodicamente e posicionamento apropriado.
- Utilizar bombas de pressão em todas as perfusões que são perfundidas através do cateter.
- Evitar parar perfusões contínuas, prevenindo assim a obstrução do cateter.
- Após a administração de medicamentos, deve-se lavar sempre o cateter para evitar desperdícios.
- Verificar a permeabilidade do cateter, antes da administração de qualquer medicamento.
- Prevenir o refluxo de sangue através do cateter para eliminar a possibilidade obstrução do cateter.
- Não usar o cateter epicutâneo para transfusões ou colheitas de sangue.

ELABORADO POR

Sandra Ferreira

1º Curso de Mestrado de saúde da criança e
jovem

APROVADO POR

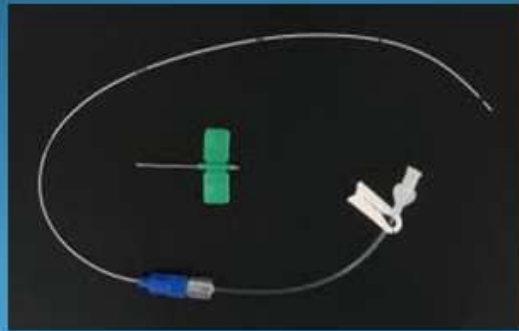
ANEXO XII – Plano de formação e apresentação dos diapositivos sobre: Cateter epicutâneo

Plano de formação

Tema: Cateter epicutâneo
Formador: Sandra Ferreira
Destinatários: Enfermeiros do serviço de Neonatologia do Hospital de Vila Franca Xira
Local: Sala de formação
Data/hora: 08/07/2013 das 15h às 16h
Duração: 60 minutos
Metodologia: Método expositivo com recurso aos meios auxiliares de ação educativa; Método interativo com esclarecimento de dúvidas
Escolha do Tema: O cateterismo venoso central é uma prática comum nas unidades de cuidados intensivos neonatais. A técnica pode ser necessária no período neonatal imediato. Nos últimos anos, o número de recém-nascidos criticamente doentes e recém-nascidos de muito baixo peso, com idade gestacional cada vez menor, têm vindo a aumentar a sua sobrevivência devido aos tratamentos prolongados que estes cateteres permitem.
Objetivos geral: -Conhecer a técnica adequada para canalizar o cateter epicutâneo Objetivos Específicos <ul style="list-style-type: none">┆ Identificar quem coloca o cateter epicutâneo┆ Enumerar as indicações para o uso do cateter epicutâneo┆ Identificar as vantagens do cateter epicutâneo

Conteúdos	Meios auxiliares de ação educativa	Formador	Tempo
Introdução	Apresentação por		
Apresentação do formador	diapositivos	Sandra	5
Apresentação do tema e seu propósito		Ferreira	minutos
Apresentação da metodologia utilizada			
Desenvolvimento			
Definição	Apresentação por	Sandra	35
Colocação do cateter epicutâneo - Parecer da ordem sobre o tema	diapositivos	Ferreira	minutos
Indicações para colocar o cateter epicutâneo			
Contra indicações na colocação do cateter epicutâneo			
Vantagens e benefícios do cateter epicutâneo			
Visualização de um filme sobre a aplicação de cateter epicutâneo			
Conclusão			
Recapitulação dos pontos chaves da formação;		Sandra Ferreira	20 minutos
Esclarecimento de dúvidas; Partilha de experiências.			

CATETER EPICUTÂNEO



Objetivo Geral:

- Conhecer a técnica adequada para canalizar o cateter epicutâneo

Objetivos Especificos

- ✦ Identificar quem coloca o cateter epicutâneo
- ✦ Enumerar as indicações para o uso do cateter epicutâneo
- ✦ Identificar as vantagens do cateter epicutâneo

Definição:

Um cateter epicutâneo (CEC) é um cateter venoso central radiopaco, que permite efetuar a administração de fluidos EV, por períodos prolongados, através de uma punção venosa periférica



CATETER CENTRAL DE INSERÇÃO PERIFÉRICA

Colocação do cateter epicutâneo

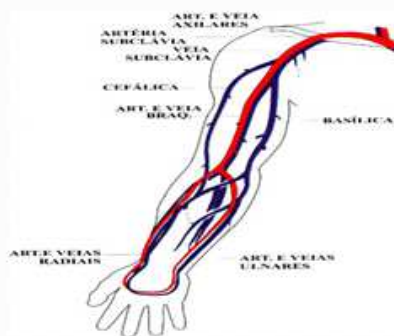
Este tipo de cateter dever ser colocado preferencialmente nos membros superiores:

-Veia antecubital

-Veia cefálica

-Veia basilica

-Veia axilar



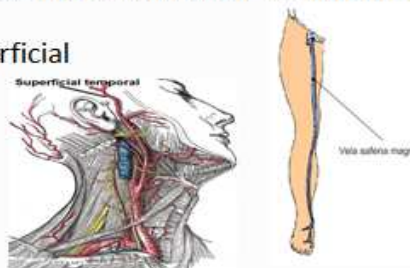
Colocação do cateter epicutâneo

(continuação)

Em situações em que não é possível utilizar as anteriores pode ser colocado:

-Na veia temporal superficial

-Na veia safena



Tem de haver sempre um controlo radiológico antes de iniciar a administração de fluidos

Quem coloca??

-Pediatra

-Neonatologista



Colocação central

-Enfermeiro



Inserção periférica

Quem coloca?? (continuação)

Segundo a **Ordem dos Enfermeiros(2009)**: “A técnica de inserção de Cateteres Centrais de Inserção Periférica, pode ser efectuada por enfermeiros desde que possuam os necessários conhecimentos e as adequadas capacidades técnicas, competindo ao enfermeiro a tomada de decisão sobre a sua execução, tendo sempre em atenção o superior interesse da criança”, sendo que **o trabalho em equipa será a melhor solução para a colocação do cateter epicutâneo**

Indicações para colocar CEC

- RN em estado crítico
- RN prematuros – que requeiram tratamento parenteral prolongado
- Administração de nutrição parenteral
- Administração de soluções hiperosmolares
- RN com alterações metabólicas
- Administração de drogas vasoativas
- Administração de outras drogas que requeiram perfusão contínua
- RN que requeiram jejum prolongado

CONTRA INDICAÇÕES

- Celulite do membro
- Lesões de pele próximo ao local da punção
- Flebite e/ou trombose no percurso da veia escolhida

Vantagens/Benefícios do CEC

(continuação)

- A frequência com que se troca o cateter é menor, reduzindo o risco de infecção bacteriana;
- Menor risco de obstrução, o que permite uma durabilidade maior;
- Reduz significativamente a morbidade e a mortalidade devido às complicações que podem ser evitadas;

Vantagens/Benefícios do CEC

- Maior tempo de permanência sem processos inflamatórios endoluminais;
- Pelo seu comprimento permite chegar até aos vasos de maior calibre, causando menos processos inflamatórios no endotélio
- Inserção mais fácil e menos traumática;
- Maior conforto para o RN;

Filme:

Inserção de cateter epicutâneo em Neonato

Referencias bibliográficas

Cateter central de inserção periférica (PICC) [Consultado a 2013-06-20] . Disponível em <http://www.medicalline.com.br/index.php?option=com...view...>

MASIA, Ana Gomez; CORDERO, Marta Martinez. (2009) **Capítulo 50: cateter epicutâneo canalização**. [Consultado a 2013-06-20] . Disponível em <https://groups.google.com/d/msg/eccpn/zd.../j-Tmpc-VfA>

NETO, Teresa; HENRIQUES, Graça; HORTA, Armandina; CASELLA, Paolo; VENTURA, Rita. **Colocação e manutenção de cateteres venosos centrais no recém nascido**. [Consultado a 2013-06-20] . Disponível em <http://www.lusoneonatologia.com/.../Cateteres%20venosos%20centrais%20no%20RN.pdf>

ORDEM DOS ENFERMEIROS (2009). **Parecer nº161/2009, Inserção de cateter epicutâneo**. Lisboa: Autor

PORTAL DA CODIFICAÇÃO CLÍNICA E DOS GDH (2011). **Catéter epicutâneo** [Consultado a 2013-06-20] . Disponível em http://portalcodgdh.min-saude.pt/index.php/Catéter_epicutâneo

ANEXO XIII – Plano de formação e apresentação de diapositivos sobre:
Comportamentos de risco na adolescência – Atuação em serviço de urgência

Plano de formação

Tema: Comportamentos de risco na adolescência – atuação em serviço de urgência

Formador: Sandra Ferreira

Destinatários: Enfermeiros do serviço de urgência do Hospital das caldas da Rainha

Local: Sala de formação

Data/hora: 03/10/2013 das 14h30 às 15h30

Duração: 60 minutos

Metodologia: Método expositivo com recurso aos meios auxiliares de ação educativa;
Método interativo com esclarecimento de dúvidas

Escolha do Tema: Quando se fala em comportamentos de risco inevitavelmente associamo-los aos adolescentes. O risco na adolescência é fruto da curiosidade, da inexperiência, da insegurança e da necessidade de autoafirmação. Infinitas são as situações nas quais esses apelos vêm dissimulados pelo espírito de aventura e pela adesão aos desportos radicais. Muitos dos comportamentos de risco na adolescência passa pelo consumo excessivo de álcool, sendo uma problemática em crescimento no nosso país nomeadamente dentro do sexo masculino. No sexo feminino um dos comportamentos mais comuns está relacionado com os distúrbios neurovegetativos.

Objetivos:

- ┆ Explorar a adolescência, como uma etapa do ciclo de vida;
- ┆ Caracterizar o desenvolvimento do adolescente face aos comportamentos de risco;
- ┆ Definir estratégias de atuação perante uma situação de alcoolismo;
- ┆ Definir estratégias de atuação perante uma situação de distúrbio neurovegetativo.

Conteúdos	Meios auxiliares de ação educativa	Formador	Tempo
Introdução			
Apresentação do formador	Apresentação por diapositivos	Sandra	5 minutos
Apresentação do tema e seu propósito		Ferreira	
Apresentação da metodologia utilizada			
Desenvolvimento			
Definição de adolescência	Apresentação por diapositivos	Sandra	40 minutos
Perfil psicológico do adolescente		Ferreira	
Definição de comportamentos de risco			
Caraterísticas do desenvolvimento do adolescente promissor aos comportamentos de risco			
Alcoolismo na adolescência			
Atuação em caso de alcoolémia leve a moderada			
Definição de distúrbio neurovegetativo			
Sintomas			
Atuação			
Conclusão			
Recapitulação dos pontos chaves da formação;		Sandra	15 minutos
Esclarecimento de dúvidas;		Ferreira	
Partilha de experiências.			

COMPORTAMENTOS DE RISCO NA ADOLESCÊNCIA – ATUAÇÃO EM SERVIÇO DE URGÊNCIA

SUP-CHO Caldas da Rainha
Enfª Sandra Ferreira
1º CMESCJ
3 Outubro 2013

Objetivos:

- Explorar a adolescência, como uma etapa do ciclo de vida;
- Caracterizar o desenvolvimento do adolescente face aos comportamentos de risco;
- Definir estratégias de atuação perante uma situação de alcoolismo;
- Definir estratégias de atuação perante uma situação de distúrbio neurovegetativo.



PERFIL PSICOLÓGICO DO ADOLESCENTE

É parte integrante do desenvolvimento do adolescente a aquisição do raciocínio abstrato e lógico, a identidade do ego e a aceitação do *Eu*.

(NETO; SOUSA; DUARTE, 1994)

Mas até este desenvolvimento estar completo ...

PERFIL PSICOLÓGICO DO ADOLESCENTE

- A auto estima está diminuída;
- Oscilações de humor;
- Períodos de depressão;
- Conflitos de autonomia/dependência;

(NETO; SOUSA; DUARTE, 1994)

(TAKINIL, 2012)

- Diminuição da influência da família em favor do grupo;

- Desejo de novas experiências;

- Falta de estabilidade emocional;

- Vulnerabilidade;

- **Comportamentos de risco.**

Comportamentos de risco

A expressão comportamentos de risco pode ser definida como a participação em atividades que possam comprometer a saúde física e mental da criança /jovem

(FELJÓ, OLIVEIRA, 2001).



Características do desenvolvimento do adolescente promissoras aos comportamentos de risco

- Necessidade de independência e liberdade;
- Necessidade de testar a sua independência;
- Inclinação para assumir riscos;
- Sentimentos de indestrutibilidade;



Características do desenvolvimento do adolescente promissoras aos comportamentos de risco (cont.)

- Forte necessidade de aprovação dos pares;
- Tentativa de proezas arriscadas;
- Acesso a ferramentas, objetos e locais mais complexos;
- Poder assumir a responsabilidade pelas suas próprias ações

(HUCKENBERRY e WILSON, 2011)





ALCOOLISMO

NA ADOLESCÊNCIA



Toxicidade:

As doses tóxicas são variáveis, dependem da tolerância individual e do uso concomitante de outros fármacos.

O álcool é rapidamente absorvido pelo trato digestivo com pico plasmático aos 30-90 minutos após a sua ingestão.

(Protocolo de Actuação no Serviço de Urgência Coimbra, 2011)

Suspeitar de intoxicação etílica em todo o quadro confusional agudo/coma num adolescente.



Nos adolescentes

Intoxicação	Alcoolemia	Clínica
Lícito	50-100 mg/dl	Euforia, verborreia, desinibição, descoordenação
Leve	100-200 mg/dl	Disartria, labilidade emocional, ataxia, alteração dos reflexos, sonolência, náuseas
Moderada	200-300 mg/dl	Discurso incoerente, agressividade, perda de equilíbrio, letargia, estupor e vômitos
Grave	300-400mg/dl	Depressão do SNC, coma, hipotermia, arreflexia, hipotonia bradicardia e hipotensão
Potencialmente letal	> 400mg/dl	Depressão respiratória, convulsões, choque, morte

(DGS, 2012)



Nos adolescentes

Quando o grau de depressão do SNC parece excessivo para o valor de alcoolemia obtido suspeitar de outras complicações: TCE, ingestão de outras drogas, hipoglicemia, encefalopatia hepática, hipotermia, desequilíbrio ácido-base, hipoxia.

(DGS ,2012)



Quando determinar a alcoolemia:

- Adolescentes com clínica de intoxicação moderada a grave e/ou alteração do estado de consciência;
- Sempre que haja indicação por um agente da autoridade e o doente o consinta.

(DGS ,2012)

Determinação da alcoolémia: Colheita de 5ml de sangue, em tubo com heparina, sem usar soluções alcoólicas para desinfetar o local da punção.



Atuação no momento: (em casos de alcoolemia leve a moderada)

- Glicemia capilar à entrada
- Temperatura, T.A., F.C. e F.R.
- Colocar em PLS
- Canalizar acesso periférica e soro glicosado se vômitos incoercíveis ou hipoglicémia
- Colocação de SNG se ingestão < a 60 min. e suspeita de consumo de outras drogas de abuso
- Observação em S.U. durante 4-6 h

(Protocolo de Actuação no Serviço de Urgência Coimbra ,2011)



Actuação á posterior:

Quando o adolescente se encontrar mais lúcido, deve existir uma conversa, sem tom de recriminação onde devemos falar:

- Sobre o estado clínico à entrada no serviço
- As condições em que ocorreu e/ou que desencadearam este evento
- Identificar se é o primeiro episódio ou situação recorrente (Quais os motivos)

Aos pais

- Explicar a complicações e conseqüências futuras se situações repetitivas

Os profissionais

- Fazer o encaminhamento para uma consulta adequada se situação recorrente



DNV



Somatização

Distúrbio neurovegetativo

Ataques de Pânico/Ansiedade

Perturbações Somatoformes



Definição de processo de somatização:

Transtorno psicológico em que existe a ocorrência de um ou mais sintomas físicos para os quais um estudo apropriado não permite encontrar mecanismo fisiopatológico subjacente.

(TAVARES, FERREIRA, FONSECA, 2010)

Ter em atenção que este quadro pode coexistir com uma patologia orgânica, devendo ser suspeitado se a intensidade dos sintomas é excessiva em relação ao esperado para essa condição física.



Sintomas do DNV:

- Palpitações, suores, arrepios ou tremores;
- Dificuldades em respirar, sensação de sufoco, desconforto ou dor no peito;
- Náuseas ou mal-estar abdominal;
- Sensação de tonturas, desequilíbrio ou desmaio;
- Medo de morrer;
- Parastesias dos membros;
- Sensação de frio ou de calor.



Estas situações são mais comuns em adolescentes que:

- Estão nervosos e angustiados, por qualquer motivo.
- São muito sensíveis e preocupam-se com os sintomas físicos e a dor.
- São hiper-sensíveis, ansiosos, preocupados e perfeccionistas.
- Têm tendência para problemas emocionais como a ansiedade e a depressão.

Factores que levam a desencadear uma crise:

- Perpetuação de determinados estímulos causadores de stress
- Agressões de ordem física e psicológica
- Perdas, decepções, frustrações e sofrimentos físicos e psíquicos que perturbam o equilíbrio emocional



Atuação:

- Conversar com o adolescente, sem o julgar ou recriminar
- Tentar perceber a causa do desencadeamento do comportamento
- Encaminhar para consulta adequada



Discussão



Referencias bibliográficas

COUTO, Fernanda Pyramides; NEGRÃO, Rafaella Geveg - Transtornos mentais na adolescência [Consult. 2013-09-18]. Disponível em <http://www.webartigos.com/artigos/transtornos-mentais-na-adolescencia/14099/#ixzz2fRbcB4K>

DGS – Norma nº 035/2012 - Abordagem da Intoxicação Alcoólica Aguda em Adolescentes e Jovens, 30-12-2012

FERREIRA, Manuela; NELAS, Paula. – Adolescências ... Adolescentes...Revista Millenium. 2006. nº32, p.141-162 [consult. 2013-01-10]. Disponível em www: URL: <http://www.ipv.pt/millennium/Millennium32/11.pdf>

FEIJÓ, Becker Ricardo; OLIVEIRA, Ércio Amaro – Comportamento de risco na adolescência. Jornal de Pediatria, Vol. 77, supl.2, 2001

HUCKENBERRY, Marilyn; WILSON, David; Wong-Fundamentos de enfermagem pediátrica. 8ª edição. Rio de Janeiro: Elsevier, 2011. ISEN 978-85-352-3447-3

ORDEM DOS ENFERMEIROS - Guias orientadores de boa prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Volume I, Série I, nº3. 2010

Protocolo de atuação no serviço de urgência – Intoxicação aguda por álcool etílico, Coimbra, 9-05-2011

SANTOS, Maria Luisa Rita Reis - Saúde mental e comportamentos de risco em estudantes universitários, Tese de Mestrado, Universidade de Aveiro, 2011

TAKINTI, Albertina – Desafio do autocuidado. 2012. [Consult. 2013-01-10] Disponível em VRL: <http://www.ondajovem.com.br/acervo/4/o-desafio-do-autocuidado>

TAVARES, Hugo Braga; FERREIRA, Pedro Dias; FONSECA, Helena - Perturbação de somatização - uma patologia prevalente em adolescentes. Acta Pediátrica Portuguesa 2010;41(1):33-7,0873-9781/10/41-1/33

ANEXO XIV – Escala de caracterização de estudos segundo o grau de evidência

Escala de caracterização de estudos segundo o grau de evidência

<u>GUYATT e RENNIE (2002)</u>
Level I: Systematic Reviews (Integrative/Meta-analyses/Clinical Practice Guidelines based on systematic reviews);
Level II: Single experimental study (RCTs);
Level III: Quasi-experimental studies;
Level IV: Non-experimental studies;
Level V: Care report/program evaluation/narrative literature reviews;
Level VI: Opinions of respected authorities/Consensus panels.

Ao interagir e estimular os cinco sentidos do bebé, os pais devem ter presente alguns princípios orientadores para uma correta estimulação:

- Manter um ambiente calmo, sem luzes fortes e ruídos.
- Estar atentos às pistas verbais e não verbais do bebé.
- Resolver primeiro as necessidades fisiológicas do bebé.
- Introduzir um estímulo de cada vez.
- Se o bebé manifestar reações negativas perante um estímulo de ambos os pais, estes devem estimulá-lo individualmente.
- Saber parar e retirar estímulos.



Elaborado por:
Enf^a Sandra Ferreira
1º Curso de mestrado de
enfermagem de saúde da
criança e do jovem

Hospital Vila Franca de Xira
Tel.: 263 285 800 (geral)
E-mail: hvfxira@hvfxira.min-saude.pt



Hospital
Vila Franca de Xira

**DESCUBRA OS TALENTOS
DO SEU BEBÉ**



**OS 5 SENTIDOS
DO
RECÉM-NASCIDO**

Os estímulos dados ao RN devem ir de encontro aos 5 sentidos do ser humano:

Visão:

O RN quando nasce consegue ver a uma distância de 23 a 30,5 cm. É sensível á luz, dirigida aos seus olhos afastando o olhar e

abre os olhos imediatamente num ambiente escurecido. Assim reduzindo a luz, os pais podem melhorar o contato visual com o RN, facilitando a interação entre ambos.

O RN normalmente acha a face humana curiosa e fixa o olhar intencionalmente a uma face próxima, como durante a amamentação e o acariciamento.

Os objetos preferidos do RN possuem cores fortes e grandes contrastes, com contornos definidos, que ajudam a manter a sua atenção.

Audição: Logo após o nascimento, o RN vira-se em direção a sons e assusta-se com ruídos altos. O RN responde de maneira diferente a vários tons de vozes e consegue distinguir entre outras vozes, a da mãe.

De entre os brinquedos mais adequados para estimular a audição, encontram-se as caixinhas de música e os brinquedos com sons suaves.



Paladar: O RN consegue distinguir os diferentes sabores após o 1º dia de nascimento, reagindo de maneira diferente a cada um deles.

A uma solução insalubre, a expressão facial do RN permanece inalterada. A uma solução doce, produz uma sucção satisfeita e a uma solução azeda reage com caretas e cessamento da sucção. Uma solução amarga normalmente provoca uma expressão facial zangada, cessando de imediato a sucção.



Tato: O RN tem uma percepção tátil bastante desenvolvida.

As áreas corporais mais sensíveis ao toque são: a face, as mãos e as plantas dos pés. Um estímulo cutâneo agradável, induz um relaxamento muscular podendo diminuir o choro. O manuseio do RN proporciona estimulação sensorial a partir de movimentos e do toque.

Contudo, o RN pode ficar cansado se for muito manuseado.



Olfato: O RN reage a odores fortes ou nocivos, afastando a cabeça do odor. O RN aprende rapidamente a distinguir o cheiro do leite da mãe. A estimulação do olfato deve acompanhar o seu crescimento.

O seguinte quadro dá algumas sugestões aos pais para estimular cada sentido do RN

Visão	Posicione o bebé de forma a que o rosto dele fique voltado para si Quando o bebé tem os olhos abertos tente o contato olhos nos olhos Permaneça sempre no campo visual do bebé enquanto falam com ele, para que este comece a fazer a associação entre o seu rosto e a sua voz Olhe sempre primeiro para o bebé antes de introduzir outro estímulo
Audição	Fale para o bebé de forma calma e suave, fazendo -lhe elogios Se o bebé não estiver na incubadora, coloque junto dele brinquedos com sons suaves
Paladar	Proporcione ao seu bebé, logo que possível o aleitamento ao peito
Tato	A vossa presença e o seu toque é de extrema importância, antes de tocar no bebé assegure-se que tem as mãos aquecidas. Assim que possível dê colo ao seu bebé, o contato de pele a pele, é muito importante para ele assim como o ouvir dos batimentos cardíacos
Olfato	Coloque junto do bebé, uma fralda/boneco com o seu cheiro e do leite materno

CONHECER OS ESTADOS DE SONO E VIGILIA DO SEU BEBE É MUITO IMPORTANTE. SABENDO EM QUE ESTADO SE ENCONTRA, TEM NOÇÃO DE QUANDO VAI PODER PASSAR PARA A FASE SEGUINTE A DA ESTIMULAÇÃO PELOS VÁRIOS SENTIDOS.



Elaborado por:
Enf^a Sandra Ferreira
1º Curso de mestrado de
enfermagem de saúde da
criança e do jovem

Hospital Vila Franca de Xira

Tel.: 263 285 800 (geral)
E-mail: hvfxira@hvfxira.min-saude.pt



Hospital
Vila Franca de Xira

**DESCUBRA OS TALENTOS
DO SEU BEBE**



**CONHEÇA O SEU
BEBE**

O recém-nascido, não só percebe o ambiente que o rodeia, como também tenta controlá-lo através do comportamento. Este é capaz de ver, ouvir, cheirar e sentir os vários estímulos que lhe são dados, respondendo a cada um deles.



Os recém-nascidos internados apresentam uma maior fragilidade, devido à situação clínica e separação dos pais, que são muito importantes para eles.



O investimento e estímulos que os pais fornecem ao bebê são de extrema importância para o seu processo de desenvolvimento e crescimento.

Para que os estímulos dados ao vosso bebê, sejam aceites por ele devem:

- Saber interpretar os seus sinais, (no sentido de poderem avaliar a disponibilidade ou não para o receber).
- Ter em atenção aos estados de consciência/ ciclos de sono caracterizados por diferentes comportamentos do bebê.



O quadro seguinte mostra qual deve ser o comportamento dos pais perante os vários estados de consciência do RN.

Estado	Comportamento do RN	Comportamento dos pais
Sono profundo	Olhos fechados Respiração profunda e regular Atividade motora inexistente Pequenos movimentos de sobressalto sem acordar	O bebê não deve ser acordado, não deve ser estimulado, pois não se encontra acessível à interação
Sono leve ou Sono ativo	Olhos fechados, mas com alguns movimentos oculares Respiração irregular e rápida Alguma atividade motora (ex: movimentos de sucção)	Qualquer estímulo externo pode acordar o bebê, mas este não se encontra desperto para os mesmos
Sonolência	Olhos abertos ou fechados Movimentos suaves dos membros	Os estímulos táteis ou auditivos podem estimular uma resposta, mas esta pode ser lenta e o bebê pode voltar a adormecer. O bebê não se encontra totalmente desperto para a interação
Vigília ou Alerta	Olhos abertos e brilhantes Respiração regular Movimentos corporais mínimos	É o momento ideal para o contato entre os pais e o RN. O bebê permanece alerta e responde a estímulos visuais e auditivos por períodos prolongados, encontra-se pronto para a interação
Ativo	Olhos abertos Movimentos corporais vigorosos Pode "protestar" ou choramingar	Este estado precede o choro, mas se o RN receber estímulos agradáveis este pode passar para o estado anterior
Choro	Choro forte (que pode ser fome, dor, aborrecimento, etc.) Olhos abertos ou cerrados Respiração irregular Movimentos corporais descoordenados	Devem acalmar o bebê com movimentos de embalo e intervir no sentido de minimizar o que lhe provoca o choro (fome, desconforto, etc.)

**Promoção da saúde na prevenção de comportamentos
de risco para a saúde na adolescência**

**Relatório de Estágio apresentado para a obtenção do
grau de Mestre em Enfermagem de Saúde da Criança e Jovem**

Sandra Margarida Olival Ferreira

Orientadora:

**Professora Doutora
Teresa Serrano**

Co-orientadora:

**Professora Doutora
Maria João Esparteiro**