



18 de Outubro | 2019

LIVRO DE RESUMOS

Luís Miguel Condeço

Madalena Carvalho

Adelino Rodrigues



CENTRO HOSPITALAR TONDELA-VISEU EPE

Livro de Resumos do
1º Encontro de Saúde Infantil e Pediátrica de Viseu

Livro de Resumos do 1º Encontro de Saúde Infantil e Pediátrica de Viseu

Autoria: Luís Miguel Condeço

Co-Autores: Madalena Carvalho e Adelino Rodrigues

Prefaciador: Madalena Carvalho

Organização: Luís Miguel Condeço, Adelino Rodrigues, Micaela Pinto, Cecília Paula, Margarida Carvalho e Ana Margarida Tojal

Design e Imagens: Rute Sampaio

© ASIV – Associação de Saúde Infantil de Viseu

Avenida Rei Dom Duarte

Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Tondela-Viseu EPE

3504-509 Viseu – Portugal

www.asiviseu.org

+351 232 420 500 | asiviseu.org@gmail.com

2019

ISBN: 978-989-33-0147-0

Os resumos apresentados neste Livro de Resumos são da exclusiva responsabilidade dos seus autores.

CONTEÚDO _____

NOTA INTRODUTÓRIA.....	6
PROGRAMA DO 1º ESIP VISEU	8
COMISSÃO CIENTÍFICA	11
COMISSÃO ORGANIZADORA	12
PRELECÇÕES	13
Crescer Saudável – Projeto <i>Por Mais Saúde</i>	14
Crescer Saudável – Crescer Saudável em Viseu.....	16
Os Novos Adolescentes – Menos Internet/Mais Pais	20
Os Novos Adolescentes – Abordagem Psico-Educativa do Adolescente.....	21
Os Novos Adolescentes – Realidade da Unidade de Adolescência do CHTV.....	23
Decidir com Direito – Consentimento Livre e Esclarecido	25
Decidir com Direito – Direito à Saúde dos Adolescentes	27
COMUNICAÇÕES LIVRES.....	31
PÓSTERES	43

COMUNICAÇÕES LIVRES _____

Caracterização da prematuridade numa Unidade de Cuidados Especiais Neonatais	32
Auto percepção da imagem corporal em alunos do segundo ciclo do ensino básico	34
Contributo dos enfermeiros para a promoção da saúde mental das crianças: uma revisão integrativa.....	36
Bruxismo Infantil: um problema silencioso.....	38
Realidade da consulta de adolescentes da UCSP Fundação.....	41

PÓSTERES _____

Educação nutricional, conhecimento nutricional e estado antropométrico em crianças: uma revisão da literatura	44
Programa ESCC – estimulação sensorial, cognitiva e comportamental – para crianças /adolescentes com lesão cerebral	46
Hábitos de vida e saúde. O quotidiano dos estudantes do ensino superior.....	48
Diferenciação social e padrões de escolha em estudantes do subsistema de ensino politécnico ...	50
Estudo de caso clínico: estenose hipertrófica do piloro	52
Estudo de caso em jovem de 16 anos com pneumotórax à direita	54
Estudo de caso clínico: apendicite aguda	56

NOTA INTRODUTÓRIA _____

O Centro Hospitalar Tondela-Viseu EPE, através do seu Departamento de Educação Permanente, proporciona aos seus colaboradores e demais interessados, formação específica em determinadas áreas do saber.

Através do desenvolvimento técnico, científico e formação contínua, oferecemos aos nossos clientes cuidados de excelência. Assim, o 1º Encontro de Saúde Infantil e Pediátrica de Viseu versou temas da área dos cuidados de saúde primários e diferenciados, com a colaboração dos profissionais destas áreas de atuação, com o que têm de melhor a nível de projetos inovadores. Esta partilha, aproxima e interliga os dois níveis de cuidados e melhora a qualidade de vida das nossas crianças e respetivas famílias. Contou com a apresentação de 3 mesas onde foram abordados sete temas, cinco comunicações livres e sete posters, dirigida a toda esta faixa etária.

Os temas expostos e discutidos levaram a uma reflexão sobre os nossos adolescentes e jovens, a geração Z, que cresceram num mundo pós 11 de setembro e derrocada dos mercados financeiros. Esta geração empreendedora, marcada por expectativas mais realistas, entende que deve ser ela a fazer a mudança que quer ver no mundo. Estão orientados para agir sobre as coisas e criar soluções. Neste contexto importa conhecer as suas particularidades para melhor adequar os cuidados de saúde às suas necessidades, prevenindo situações de risco acrescido.

A formação, marco e ponto de partida, capacita os profissionais para a prestação de mais e melhores cuidados favorecendo a credibilidade e confiança no nosso Sistema de Saúde.

Madalena Carvalho

PROGRAMA DO 1º ESIP VISEU _____

LOCAL: Auditório do Centro Hospitalar Tondela-Viseu EPE
18 de outubro de 2019

8h30 – Abertura do Secretariado

9h00 – **Sessão de Abertura**

Madalena Carvalho | Presidente do 1º ESIP Viseu

Lina Pereira | Presidente da Mesa do Colégio de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica da Ordem dos Enfermeiros

Carlos Portugal | Enfermeiro Director do Centro Hospitalar Tondela-Viseu EPE

Cílio Correia | Presidente do Conselho de Administração do Centro Hospitalar Tondela-Viseu EPE

9h30 – **Crescer Saudável**

Moderadora: Micaela Pinto | Enfermeira Serviço de Pediatria CHTV

Projecto *Por Mais Saúde*

Goreti Marques | Professora Coordenadora ESEnf. St.ª Maria – Porto

Crescer Saudável em Viseu

Marta Barbosa Pinto | Enfermeira UCC de Viseu

10h45 – **Coffee break**

11h00 – **Os Novos Adolescentes**

Moderadora: Cecília Paula | Enfermeira Serviço de Pediatria CHTV

Menos Internet/Mais Pais

Alzira Ferrão | Coordenadora do Centro do Adolescente – Casa de Saúde S. Mateus

Abordagem Psico-Educativa do Adolescente

Patrícia Monteiro | Coordenadora do Centro de Respostas Integradas de Viseu

Realidade da Unidade de Adolescência do CHTV

Natália Miranda, Patrocínio Martins e Sérgio Cabral | Enf.^{os} Serviço de Pediatria CHTV

12h45 – **Almoço**

14h00 – Comunicações Livres

Moderadora: Margarida Carvalho | Enfermeira Serviço de Pediatria CHTV

Pósteres | Sala de Exposição

16h00 – Decidir com Direito

Moderadora: Ana Margarida Tojal | Enfermeira Serviço de Pediatria CHTV

Consentimento livre e esclarecido

Helena Solheiro | Presidente da Comissão Ética CHTV

Direito à saúde dos adolescentes

Mickael Martins | Investigador do Centro de Direito Biomédico da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra

17h30 – Encerramento – Entrega de Prémios

Presidente: Madalena Carvalho, PhD

Adelino Rodrigues, RN, CNS

Natália Miranda, RN, CNS

Luís Miguel Condeço, RN, CNS, MScN

Margarida Carvalho, RN, CNS, MScN

M.^a Patrocínio Martins, RN, CNS, MScN

Isabel Silva, RN, CNS, MScN

Ana Margarida Tojal, RN, CNS, MScN

Soraia Correia, RN, CNS, MScN

Ana Filipa Cardoso, RN, CNS, MScN

COMISSÃO ORGANIZADORA _____

Adelino Rodrigues

Natália Miranda

Luís Miguel Condeço

Margarida Carvalho

M.^a Patrocínio Martins

Isabel Silva

Ana Margarida Tojal

Soraia Correia

Ana Filipa Cardoso

Irene Ruas

Lúcia Silva

Sérgio Cabral

Margarida Montenegro

Micaela Pinto

Rui Miragaia

Cecília Paula

Rui Melo

Rute Sampaio

PRELECÇÕES _____

Crescer Saudável – Projecto *Por Mais Saúde*

Goreti Marques*

*goreti.marques@santamariasaude.pt

Professora Coordenadora da Escola Superior de Saúde de Santa Maria – Porto

Investigadora do Centro de Investigação em Tecnologias e Serviços de Saúde (CINTESIS) – NursID

Licenciada em Enfermagem (2001) pela Escola Superior de Enfermagem Jean Piaget – Viseu; Mestre em Gestão e Administração dos Serviços de Saúde (2005) pela Universidade Católica Portuguesa – Polo de Viseu; Curso de Pós-Licenciatura e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (2008) pela Escola Superior de Enfermagem do Porto; Doutora em Enfermagem (2016) pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa. Publicou 7 artigos em revistas especializadas e 15 trabalhos em actas de eventos, possui 3 capítulos de livros e 1 livro publicados. Possui 1 software e outros 47 itens de produção técnica. Participou em 8 eventos no estrangeiro e 20 em Portugal. Co-orientou 1 dissertação de mestrado, além de ter orientado 9 monografias de conclusão de curso de aperfeiçoamento/especialização nas áreas de Ciências da Educação e Ciências da Saúde. Recebeu 1 prémio e/ou homenagem. Actualmente participa em 2 projectos de investigação, sendo que coordena 1 destes. Nas suas actividades profissionais interagiu com 48 colaboradores em co-autorias de trabalhos científicos.

RESUMO DA PRELECCÃO

Introdução: A obesidade tem sido identificada como um problema de saúde pública em todo o mundo, sendo uma das condições clínicas mais prevalentes na idade pediátrica. Estima-se que, em todo o mundo, existam 200 milhões de crianças com excesso de peso, sendo que 40-50 milhões são obesas. Em Portugal, esta problemática atravessa todos os grupos etários e atinge números alarmantes (IANAF 2015-2016). Segundo estudos de 2016 e 2017 da Associação Portuguesa Contra a Obesidade Infantil, 1 em cada 3 crianças tem excesso de peso, sendo este um problema que se prolonga, habitualmente, além da infância - crianças com excesso de peso ou mesmo obesas vão permanecer adolescentes e adultos com as mesmas características- antecipando, assim, algumas complicações outrora só observáveis na idade adulta, nomeadamente diabetes, hipertensão, doenças cardiovasculares, entre outras, como doenças oncológicas (Pulgarón, 2013).
Objetivo: Desenvolver uma aplicação eletrónica para promoção de estilos de vida saudáveis, diri-

gida a crianças do 1º ciclo de ensino básico. Metodologia: A partir do desenvolvimento em etapas, a aplicação foi construída utilizando um framework de programação voltado para dispositivos móveis, incluindo Android e iOS. Com base nos resultados encontrados no estudo piloto, foram disponibilizados conteúdos programáticos para cada uma das temáticas que a aplicação pretende trabalhar: alimentação, atividade física e sono. A aplicação foi testada e validada por uma amostra de 64 crianças (53,1% do sexo masculino e 46,9% do sexo feminino), com uma idade média de 9,48 anos, garantindo a encriptação dos dados e a salvaguarda da proteção de dados dos utilizadores. Resultados e discussão: A aplicação foi construída com sucesso e está a ser utilizada como ferramenta pedagógica em escolas públicas e privadas do distrito do Porto. Pressupõe duas dimensões: uma virtual (interação com mascotes) e uma real (atividades para a criança realizar), que possibilitam a consolidação de conteúdos do programa educativo e a avaliação dos efeitos da sua utilização nas escolhas efetuadas, pelos profissionais de saúde. Conclusão: Espera-se com este trabalho contribuir para a promoção de hábitos de vida saudáveis na infância, por meio de tecnologia móvel, que permita abordar a saúde de forma lúdica, atrativa, integral e multidisciplinar.

Palavras-chave: Crianças; Promoção de Saúde; Tecnologia em Saúde; Obesidade.

Key Words: Children; Health Promotion; Health Technology; Obesity.

Referências Bibliográficas:

Associação Portuguesa Contra a Obesidade Infantil (2017). [Online]. Disponível em: <http://www.apcoi.pt/obesidade-infantil/>.

Costa L. (2015). Childhood Obesity - Related Inflammation and Vascular Injury Impact on the Kidney. Tese PhD. UP.

Lopes C, Torres D, Oliveira A, Severo M, Alarcão V, Guiomar S, et al. Inquérito Alimentar Nacional e de Atividade Física [website]. Porto: IAN-AF 2015-2016; 2016; 10/02/2018. Disponível em: https://ciafel.fade.up.pt/modules/file_repository/data/Site/relatorio_resultados_ian_af.pdf

Pulgarón, E.R. (2013). Childhood obesity: a review of increased risk for physical and psychological comorbidities. *Clinical Therapeutics*, 35 (1): A18-A32.

Crescer Saudável – Crescer Saudável em Viseu

Marta Barbosa Pinto*

*martabarbosapinto@hotmail.com

Enfermeira na Unidade de Cuidados na Comunidade de Viseu – AceS Dão Lafões

Licenciada em Enfermagem (2001); Actualmente a frequentar o Curso de Pós-Licenciatura e Especialização em Enfermagem de Saúde Mental e Psiquiatria na Escola Superior de Saúde de Viseu; Tem implementado diversos projetos no âmbito da saúde escolar, assim como: + Contigo desde 2015 e In-dependências desde 2017. Tem ainda realizado diversas intervenções em saúde escolar nas áreas da sexualidade e afetos, higiene do sono e igualdade de género.

RESUMO DA PRELECCÃO

O Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE) resulta de uma parceria entre a saúde e a Educação. Já a carta de Ottawa, 1986, advertia que a saúde não é da exclusiva responsabilidade deste setor.

Em Portugal a Saúde Escolar surge em 1901 ligada à saúde pública com uma abordagem voltada para medidas higiénico-sanitárias, centrada na figura do médico, posteriormente a figura de médico de saúde escolar. A par, desenvolve-se também uma visão de que estes profissionais devem ser educadores e cuidadores da “higiene do corpo e alma”. Surgem também, à luz deste modelo, a figura das enfermeiras visitadoras. Nesta época, 1933, havia já alusão à importância do envolvimento da família e de se visitar esta também.

Todavia, a primeira viragem deste contexto centrado em medidas higiénico-sanitárias dá-se com a primeira Conferência Internacional sobre Promoção da saúde em Ottawa, no ano de 1986. Estávamos então perante o primeiro paradigma em saúde escolar. Advoga-se que a saúde é gerada e vivida pelas pessoas nos espaços da sua vida diária. É a interação entre os ambientes e as pessoas que cria um padrão de saúde do indivíduo, da família, da escola e da comunidade. Passou-se então a priorizar intervenções centradas nos determinantes em saúde com peso na expressão das patologias de origem não transmissível. De facto, apesar do estado de saúde da população portuguesa ter melhorado substancialmente, os determinantes da saúde relacionados com os estilos de vida passaram a ter um peso expressivo nas doenças não transmissíveis, facto que ainda se mantém. Importa assim implementar estratégias de promoção da saúde mais eficazes, e de dar a respetiva significância aos setores fora da Saúde.

Em 1994, Portugal integra a Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde (EPS). Estas, a nível Europeu, ajudam os países a atingir as metas e os objetivos das políticas da OMS para a saúde e o bem-estar, Health 2020 e Europa 2020. Os princípios das EPS – equidade, sustentabilidade, participação democrática, educação inclusiva e empowerment de toda a comunidade educativa para a saúde e o bem-estar norteiam a intervenção da Saúde Escolar. Estes princípios contribuem para fomentar a literacia em saúde e melhorar o estilo de vida da comunidade educativa. Portanto, o recém criado Plano de Ação para a Literacia em Saúde vai ao encontro do atual PNSE, 2015 reafirmando a importância de capacitar e promover a literacia em saúde em diversos contextos, entre os quais as escolas, de acordo com as faixas etárias.

Sabemos hoje que as novas tecnologias são um desafio. São incontornáveis no mundo dos nossos jovens e crianças incluindo na escola. Todavia estas podem contribuir para a melhoria da literacia para a saúde, e a promoção e educação para a saúde pelo que há que rentabilizar este recurso a favor da saúde. Portanto, mais do que capacitar as pessoas e as comunidades para agir, melhorar a saúde e a qualidade de vida implica levar os indivíduos e comunidades a reconhecer as suas próprias competências e capacidades e facilitar as escolhas. Assim, a promoção da saúde é um processo que garante às pessoas os meios para terem maior controlo sobre o seu nível de saúde e serem capazes de o melhorar (OMS,1998). Portanto, atualmente, há que recentrar o alvo das nossas intervenções, à luz da evidência científica em promoção de saúde, constituindo-se este o 2º Paradigma de Saúde escolar, não esquecendo os contributos do 1º. Importa desenvolver competências socioemocionais possibilitando que as crianças e jovens promovam a resiliência, reconheçam as suas próprias emoções e a maneira mais adequada de lidar com elas. Tal repercute-se de enorme importância pois vivemos hoje na sombra da doença mental, o determinante de maior impacto na saúde das crianças e jovens. De acordo com a OMS cerca de 20% de crianças e adolescentes apresentam, pelo menos, uma perturbação mental antes de atingir os 18 anos de idade. Ainda, segundo a OMS Europa, e a Academia Americana da Psiquiatria da Infância e Adolescência, uma em cada cinco crianças apresenta evidência de problemas mentais e destas, cerca de metade tem uma perturbação psiquiátrica. Deste modo, no quadro conceptual do PNSE (2015), a promoção da saúde, em particular da saúde mental, constitui o núcleo central das intervenções da Saúde Escolar.

O atual PNSE (2015) foi concebido tendo em conta o Plano Nacional de Saúde 2012-2016 e a sua revisão e extensão a 2020, os objetivos e estratégias da OMS para a Região Europeia, Health 2020 e os princípios das EPS, School for Health in Europe (SHE).

Assim, relativamente ao atual PNSE(2015):

Visão

- Todas as crianças e jovens têm direito à saúde e à educação e devem ter a oportunidade de frequentar uma escola que promova a saúde e o bem-estar.

Finalidade

- Contribuir para mais saúde, mais educação, mais equidade e maior participação e responsabilização de todos/as com o bem-estar e a qualidade de vida de crianças e jovens.

Objetivos

Promover estilos de vida saudável e elevar o nível de literacia para a saúde da comunidade educativa;

- Contribuir para a melhoria da qualidade do ambiente escolar e para a minimização dos riscos para a saúde;
- Promover a saúde, prevenir a doença da comunidade educativa e reduzir o impacto dos problemas de saúde no desempenho escolar dos/as alunos/as;
- Estabelecer parcerias para a qualificação profissional, a investigação e a inovação em promoção e educação para a saúde em meio escolar.

Eixos estratégicos e áreas de intervenção

- Eixo 1. Capacitação
 - Áreas de Intervenção: saúde mental e competências socioemocionais, educação para os afetos e a sexualidade, alimentação saudável e atividade física, higiene corporal e saúde oral, hábitos de sono e repouso, educação postural, prevenção do consumo de tabaco, bebidas alcoólicas e outras substâncias psicoativas, bem como de comportamentos aditivos sem substância.
- Eixo 2. Ambiente escolar e saúde
 - Áreas de Intervenção: desenvolvimento sustentável, ambiente escolar seguro e saudável, avaliação dos riscos ambientais para a saúde, prevenção dos acidentes e primeiros socorros.
- Eixo 3. Condições de saúde
 - Áreas de Intervenção: saúde de crianças e jovens, necessidades de saúde especiais, saúde de docentes e não docentes.
- Eixo 4. Qualidade e inovação
- Eixo 5. Formação e investigação em Saúde Escolar
- Eixo 6. Parcerias

Alicerçando-se então no PNSE, a UCC tem desenvolvido diversos projetos e intervenções. Por exemplo:

- Projeto + Contigo. Este visa a prevenção do suicídio, trabalhando a resiliência, gestão de emoções, resolução de problemas e o combate ao estigma que acompanha a doença mental;

- Projeto in-dependências. Este visa a prevenção de consumos particularmente tabaco e álcool;
- projeto lanche.come que visa a promoção de lanches saudáveis nas escolas;
- Higiene do Sono,
- Educação para os afetos e sexualidade;
- Igualdade de género, entre outros.

Importa lembrar que o envolvimento de toda a comunidade escolar é imprescindível pelo que essa tem sido uma preocupação constante da UCC. Portanto, têm sido realizados esforços nesse sentido, nomeadamente, com diversas intervenções dirigidas a diferentes elementos da comunidade. Estas são principalmente direcionadas às áreas supracitadas, em horários flexíveis por forma a abranger o maior número de participantes.

Porque a saúde é da responsabilidade de todos!

Referências bibliográficas

Rocha, A., Marques, A., Figueiredo, C., Almeida, C., Batista, I., Almeida, J. (2011).

Evolução da Saúde Escolar em Portugal: Revisão Legislativa no Âmbito da Educação.

Millenium, 41 (julho/dezembro). Pp. 69-87.

Portugal Programa Nacional de Saúde Escolar, 2015

Os Novos Adolescentes – Menos Internet/Mais Pais

Alzira Ferrão*

*alziramaria2615@gmail.com

Médica Pediatra, Coordenadora do Centro do Adolescente da Casa de Saúde – São Mateus

Licenciada em Medicina (1984) pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Pediatra no Hospital São Teotónio de Viseu (actual Centro Hospitalar Tondela-Viseu EPE) de 1993 a 2018; Assistente Graduada Sénior de Pediatria desde 2009; Coordenadora da Unidade de Medicina do Adolescente do Centro Hospitalar Tondela-Viseu EPE de 2009 a 2014; Membro da Comissão Regional da Saúde da Mulher, da Criança e do Adolescente da Administração Regional de Saúde do Centro desde 2009; Membro da Direcção do Colégio de Pediatria da Ordem dos Médicos de 2015 a 2017; Directora do Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Tondela-Viseu EPE de 2014 a 2018; Responsável durante vários anos pelo GASA (Gabinete de Apoio à Saúde do Adolescente), na Escola Secundária Alves Martins e mais tarde nas restantes escolas secundárias de Viseu; Desenvolveu vários trabalhos na área da Medicina do Adolescente, sendo oradora convidada regular de palestras científicas e pedagógicas para profissionais de saúde em congressos médicos, de enfermagem, escolas, instituições promotoras do bem estar infantil, entre muitas outras ações de formação para pais e cuidadores e para a comunidade escolar; Autora de diversos trabalhos e publicações, vários merecedores de prémios de melhor apresentação em eventos científicos.

RESUMO DA PRELECCÃO

MENOS INTERNET...MAIS PAIS

A adolescência não é um simples momento de espera até à vida adulta, não é apenas a passagem da infância para a juventude, mas um período de grandes mudanças. Certamente, nós também passámos por essas mudanças, quando éramos mais jovens. E vamos vivê-las novamente, só que agora, a partir de uma nova perspectiva, no papel de pais.

Vive-se sob uma pressão constante, nas famílias on-line.

Vamos falar de estratégias para sermos, mais vezes, a família off-line, com os nossos filhos e saborear este caminho, de uma década, na vida de pais e filhos, nunca esquecendo a comunicação positiva e a capacidade de parar para contemplar e viver.

Os Novos Adolescentes – Abordagem Psico-Educativa do Adolescente

Patrícia Monteiro*

*pamonteiro@arscentro.min-saude.pt

Psicopedagoga Clínica, Coordenadora do Centro de Respostas Integradas de Viseu

Licenciada em Psicopedagogia Clínica; Mestre em Família e Sistemas Sociais; Docente na Escola Superior de Tecnologia e Gestão de Lamego do Instituto Politécnico de Viseu; Coordenadora do Centro de Respostas Integradas, da Divisão de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências da Administração Regional de Saúde do Centro.

RESUMO DA PRELECCÃO

O Centro de Respostas Integradas de Viseu da Administração Regional de Saúde do Centro, é a unidade local especializada na área dos comportamentos aditivos e dependências. O CRI de Viseu possui duas respostas: a Equipa de Tratamento que presta cuidados integrados e globais a pessoas com comportamentos aditivos e dependências, em regime ambulatorio e o Gabinete CLICK que acompanha pessoas, nomeadamente jovens com comportamentos aditivos, mas sem patologia aditiva. A origem da maioria dos encaminhamentos para este Gabinete é o consumo de substâncias psicoativas, sobretudo cannabis, no entanto, tem-se verificado uma sinalização crescente por uso excessivo de tecnologia, seja através de jogos, redes sociais, telemóvel ou internet no sentido mais lato. A evolução tecnológica trouxe novos e grandes desafios. A tecnologia assumiu um papel importante na vida de todos nós, realçando as funções de comunicação, de informação/formação e de entretenimento. Não podemos desvalorizar os seus benefícios. No entanto, o uso excessivo da tecnologia traz expectáveis consequências: sociais - na forma como nos relacionamos, nos valores, nos comportamentos que adotamos, ao nível da segurança e na saúde individual – componente com menos consciência social. As consequências, já estudadas, do uso excessivo da tecnologia são: a obesidade, os problemas de comportamento, as carências de competências sociais e o isolamento social, as perturbações do sono, da atenção e concentração, a autoestima “digital” e a possibilidade de adição. Verifica-se a presença de algumas características quando esta relação é desproporcional, onde podemos destacar: o espaço mental excessivamente preocupado com a internet/jogo, o aumento de número de horas online, irritabilidade e mal-estar quando está offline, insistência em manter o comportamento independentemente das con-

sequências negativas e a perda do auto-controlo. Os desafios da intervenção nos comportamentos aditivos ligados à tecnologia trazem desafios acrescidos tendo em conta que, ao contrário das substâncias psicoativas, não podemos trabalhar para a abstinência. A questão central focar-se-á no “consumo” equilibrado e controlado das tecnologias. A intervenção nesta área envolve a componente individual, no entanto a família assume um papel preponderante de mediador e regulador. A escola, a comunidade, os pediatras, médicos, enfermeiros devem ser sensíveis a esta temática para que a intervenção seja integrada, precoce e proativa e para que os resultados sejam mais benéficos..

Os Novos Adolescentes – Realidade da Unidade de Adolescência do CHTV

M.^a Patrocínio Martins*

*mariapqm@hotmail.com

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Tondela-Viseu EPE

Sérgio Cabral**

**sergiocabralslb@sapo.pt

Enfermeiro no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Tondela-Viseu EPE

Natália Miranda***

***nmiranda56@gmail.com

Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Tondela-Viseu EPE

RESUMO DA PRELECCÃO

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS) Adolescência, é o período que se estende dos 10 aos 19 anos de idade.

"adolescência" tem origem no latim, onde ad = "para" e olescere = "crescer"

Adolescência significa literalmente "crescer para". A criação da Unidade de adolescentes no Serviço de Pediatria do centro Hospitalar Tondela-Viseu data de 20 de Janeiro de 2005, após a apresentação do projeto pelo Sr. Dr. José Marques de Almeida Castanheira na altura Diretor do Serviço de Pediatria. A dinâmica da saúde dos adolescentes tem vindo a sofrer alterações ao longo dos últimos anos. A depressão é a principal doença e motivo de inaptidão entre os adolescentes, segundo a OMS, que cita acidentes de trânsito, infeção por VIH e suicídio como as principais causas de morte entre 10 e 19 anos. De acordo com os estudos epidemiológicos, a prevalência de perturbações psiquiátrica na população infanto-juvenil é cerca de 20%. Esta estimativa é confirmada pelos dados da OMS Região Europeia e da Academia Americana de Psiquiatria da Infância e Adolescência indicando que uma em cada cinco crianças apresenta evidência de problemas mentais e que destas, cerca de metade tem uma perturbação psiquiátrica (Rede de Referência Hospitalar - Psiquiatria da Infância e da Adolescência, Agosto 2018, República Portuguesa, Saúde). Sendo

a adolescência um período crítico, um turbilhão de emoções, uma panóplia de mudanças..... O que mudou nos últimos tempos?

Os adolescentes não são simplesmente crianças velhas ou jovens adultos.

Essa observação enganosamente simples, está no cerne da Ação Global Acelerada para a Saúde de Adolescentes (AA-HA!): Guia de Orientação para apoiar a implementação pelos países, o que reflete a “maioridade” da saúde de adolescentes na saúde pública global (Ação Global acelerada para a Saúde de adolescentes: Guia de orientação para apoiar a implementação pelos países, OMS, 2017)

O QUE FAZEMOS NA PEDIATRIA DO CHTV?

Equipa multidisciplinar: Enfermeiros, Pediatras, Pedopsiquiatra, Nutricionista, Assistente Social, Professoras, Medicina Física e Reabilitação ...

Tratamento personalizado.

Cumprimento de regras.

Decidir com Direito – Consentimento Livre e Esclarecido

Helena Solheiro*

*hsolheiro@gmail.com

Médica Ginecologista e Obstetra do Centro Hospitalar Tondela-Viseu EPE

Licenciada em Medicina (1983) pela Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra; Assistente Hospitalar de Ginecologia e Obstetrícia do Centro Hospitalar Tondela-Viseu EPE énior de Pediatria desde 2009; Coordenadora da Unidade de Medicina do Adolescente do Centro Hospitalar Tondela-Viseu EPE de 2009 a 2014; Consultora Médica de Ginecologia e Obstetrícia; Coordenadora do Serviço de Urgência de Obstetrícia e Ginecologia do CHTV EPE de 2007 a 2016; Presidente da Comissão de Ética para a Saúde do Centro Hospitalar Tondela-Viseu EPE desde 2011; Coordenadora da Unidade de Patologia Cervico-Vulvar; Coordenadora da consulta de Ginecologia de Adolescência desde 1997; Membro do Núcleo de Infância e Adolescência da Sociedade Portuguesa de Ginecologia; Coordenadora do Núcleo de Infância e Adolescência da Sociedade Portuguesa de Ginecologia desde 2019.

RESUMO DA PRELECCÃO

CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO NA ADOLESCÊNCIA

A Adolescência é uma fase da vida marcada por transformações Biológicas e Psicossociais que vão levar à formação da Identidade. Trata-se de um período vulnerável de equilíbrio instável, em que qualquer interferência como a doença pode desestabilizar.

O Adolescente vai ganhar autonomia progressiva e vai conseguir atingir a Maturidade. Vai saber tomar decisões em relação à sua vida e em relação à sua saúde.

A relação do Profissional de Saúde com o Adolescente deve pautar-se pela empatia, pelo respeito e por uma atitude , que devendo ser deliberativa , não deve ser demasiado impositiva.

Será sempre eticamente inaceitável , enganar, manipular ou coagir, quando se pede uma tomada de decisão.

O Consentimento é reconhecido aos Adolescentes com mais de 16 anos e na posse completa das suas capacidades , segundo o Art.38º do Código Penal. É ainda eficaz o Consentimento prestado

por maiores de 14 anos com discernimento necessário para avaliar o seu sentido no momento em que o presta.

A confidencialidade , a linguagem adequada e o conhecimento de que cada adolescente tem capacidades de compreensão em fases diferentes, são pedras fundamentais para um bom desfecho. Cabe ao Adolescente decidir, desde que a sua capacidade o permita , mas sempre envolver os pais nas decisões verdadeiramente importantes .

Perante um conflito , como a recusa de um tratamento proposto ou de um internamento , tem que haver um esforço complementar nas explicações ,por parte dos Profissionais , sempre com o propósito “do melhor para o doente” .

Situações há , em que o recurso às Comissões de Ética ou mesmo ao Poder Judicial pode ser necessário.

Mas será ideal que o consentimento resulte de uma verdadeira confiança , fundamentada num diálogo entre o Profissional e o Doente.

Uma obtenção que visa que o “seu permitir” seja realmente o “seu querer”.

Decidir com Direito – Direito à Saúde dos Adolescentes

Mickael Martins*

*mickaelmartins94@hotmail.com

Advogado

Licenciado em Direito (2016) pela Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, com atribuição do prémio por mérito académico com a designação de Prémio 3% dos Melhores Estudantes, no ano letivo 2013/2014; Mestre em Ciências Jurídico-Civilísticas (2019), Menção em Direito Civil pela Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra; Estágio extracurricular na Sociedade de Advogados Candeias & Associados; Estágio de investigação no Centro de Direito Biomédico da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra (Portugal): elaboração de artigos científicos em colaboração com o Dr. André Dias Pereira; Participou em várias cursos breves de pós-graduação, organizados pelo Centro de Direito Biomédico da Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra.

RESUMO DA PRELECCÃO

“Nós, os doentes, fazemos talvez muitas vezes perguntas despropositadas – disse. – Mas de um modo geral, esta doença é perigosa ou não?”¹. Esta passagem é expressiva da evolução que a relação médico-paciente conheceu: com efeito, superado que está o paternalismo clínico de Hipócrates² - assente na conceção de que o médico, na sua atuação, deveria esconder tudo aquilo que pudesse do seu paciente, também em coerência com uma ideia de sacralização do exercício da medicina³ e exceção feita àquelas intervenções (v.g., uma cirurgia, atentos os instrumentos disponíveis em cada época e em cada lugar) em que a colaboração do paciente era recomendável –, está hoje generalizada a consciência de que aquele é titular de direitos, nomeadamente, do “direito a ser informado, a fazer uma escolha informada em relação ao tratamento e a consentir ou recusar um tratamento proposto” (sublinhado nosso)⁴.

O reconhecimento deste direito ao consentimento informado vem na senda de uma profunda evolução no campo da medicina, da ética médica e, natural e correlativamente, do Direito, evolução esta que, paulatinamente, consagrou a afirmação e consequente respeito pela autonomia do paciente, em clara superação daquele paternalismo supramencionado. Pelo que aqui fica dito, é possível afirmar que vigora hoje no seio da prática médica o respeito pela autodeterminação do

paciente, isto é, o respeito pela sua vontade no que concerne aos cuidados de saúde – e este é o ponto-chave. Pressuposto e requisito de validade do consentimento, o esclarecimento do paciente deve ser realizado de molde a que o mesmo possa optar em consciência, sopesando os prós e os contras, os riscos, os efeitos da concreta intervenção que se venha a revelar necessária e/ou desejada, determinando o que deve ser feito com o seu próprio corpo⁵.

Atenta esta mudança de paradigma, já não assente numa ideia de beneficência, mas numa ideia de “processo de tomada de decisão pelo paciente”⁶ – ao ponto de alguma doutrina se socorrer já da noção de informed choice, enquanto conceito mais amplo, passível de abarcar todas as intervenções no domínio da saúde⁷ –, importa ter presente que o consentimento informado deve ser encarado como um “processo dinâmico”⁸, entre aquele que presta os necessários cuidados de saúde – e que está em condições de informar necessária e convenientemente – e aquele que os recebe. Daí que, dogmaticamente, possamos afirmar que a doutrina do consentimento informado se tende a estruturar em três pilares fundamentais, a saber: (1) o dever de informar, (2) o direito ao consentimento e (3) a capacidade para consentir⁹.

A tomada de decisão por parte do paciente carece da necessária informação. Com efeito, a concretização da autonomia do paciente e o respeito pela sua integridade física e moral só resultarão logrados caso a intervenção assente num consentimento válido e eficaz, do qual o “cabal esclarecimento”¹⁰ é requisito de validade – não tendo sido prestada a necessária informação, ou tendo-o sido de forma deficitária, o profissional de saúde poderá incorrer em responsabilidade civil, penal e/ou disciplinar, consoante os casos e dada a invalidade do consentimento; tendo sido prestada adequadamente, o paciente estará então em condições de consentir validamente na realização da intervenção.

No que se refere à capacidade para consentir, ganha particular acuidade a questão dos menores, dado que, por lado, “a vulnerabilidade e dependência físico-psíquica e afetiva da criança exige à ordem jurídica o reconhecimento de um estatuto especial que assegure o seu desenvolvimento e proteção”¹¹, com a conseqüente consagração de uma incapacidade geral de agir e dos respetivos meios de suprimento dessa incapacidade, por outro, firmado que está o respeito pela autonomia do paciente e de liberdade de decisão no que tange ao próprio corpo, é evidente a evolução no seio da medicina condizente com uma ideia de “autonomia progressiva da criança”. Neste sentido, a doutrina¹² tende a conceder relevância geral à norma do artigo 38º/3 do Código Penal que estabelece a idade mínima de 16 anos para que o consentimento seja considerado válido e eficaz, desde que para tanto possua o “discernimento necessário para avaliar o seu sentido e alcance no momento em que o presta” – GUILHERME DE OLIVEIRA refere-se a uma “maioridade para o aces-

so a cuidados de saúde”¹³, presumindo-se a competência para consentir na realização de determinada intervenção médica.

Não obstante, quando o paciente menor não tenha capacidade para consentir e, como tal, seja necessária a intervenção dos seus representantes legais¹⁴, nem por isso aquele deixa de ser titular do direito a ser informado¹⁵. Além disso, importa ter presente que, por referência ao artigo 6º/2, in fine da Convenção para a Proteção dos Direitos do Homem e da Dignidade do Ser Humano face às aplicações da Biologia e da Medicina (CEDHBio), a opinião do menor deve ser levada em conta “como um fator cada vez mais determinante”, a qual acarretará necessariamente o esclarecimento do menor.

¹ TOLSTOI, Lev, “A morte de Ivan Ilitch”, 6ª edição, Editora Leya, 2016, p. 44.

² Neste sentido, OLIVEIRA, Guilherme Falcão de, “Estrutura jurídica do acto médico, consentimento informado e responsabilidade médica”, in Revista de Legislação e Jurisprudência, Ano 125, nº 3815 (1992), pp. 33-34, nº 3816, pp 72-73, nº 3819 (1992), pp. 167-170, p. 34, PEREIRA, André Gonçalo Dias, “Direitos dos Pacientes e Responsabilidade Médica”, Coimbra, Coimbra Editora, 2015, p. 397 e RODRIGUES, João Vaz, “O consentimento informado para o acto médico no ordenamento jurídico português: elementos para o estudo da manifestação da vontade do paciente”, Coimbra, Coimbra Editora, 2001, p. 226.

³ OLIVEIRA, Guilherme Falcão de, *Estrutura jurídica ...*, ob. cit., p. 170, *a contrario* e OLIVEIRA, Guilherme Falcão de, “O fim da arte silenciosa: o dever de informação dos médicos”, in Revista de Legislação e Jurisprudência, Ano 128, nº 3852 (Julho 1995), pp. 70-72, nº 3853 (Agosto 1995), pp. 101-104, p. 70. De facto, como nota o autor, a medicina e o seu correlativo exercício era encarado como algo de (quase) transcendente, não sendo, portanto, comunicável aos ‘profanos’, e muito menos sindicável – também neste sentido, OLIVEIRA, Guilherme Falcão de, *O fim da arte silenciosa ...*, ob. cit., p. 70.

⁴ ANDRÉ DIAS PEREIRA, ob. cit., p. 372.

⁵ Nunca é demais recordar as palavras do Juiz Benjamin Cardozo, em 1914, no caso *Schloendorff vs Society of NY hospitals*, a que se atribui historicamente o reconhecimento do direito à autodeterminação do doente (sublinhado nosso): “every human being of adult years and sound mind has a right to determine what shall be done with his own body” – PEREIRA, André Gonçalo Dias, “Responsabilidade médica e consentimento informado, ónus da prova e nexos de causalidade”, p.3.

⁶ RODRIGUES, João Vaz, ob. cit., p. 240.

⁷ Neste sentido, PEREIRA, André Gonçalo Dias, “Direitos dos Pacientes e Responsabilidade Médica”, Dissertação de Doutoramento em Ciências Jurídico-Civilísticas apresentada à Faculdade de Direito da Universidade de Coimbra, Dezembro de 2012, pp. 493-494, nota de rodapé n.º 1372.

⁸ PEREIRA, André Gonçalo Dias, “Consentimento Informado na relação médico-paciente: estudo de direito civil”, Coimbra, Coimbra Editora, 2004, p.129.

⁹ Neste sentido, ANDRÉ DIAS PEREIRA, idem, pp. 129-130 e Relatório da Entidade Reguladora da Saúde, “Consentimento informado – relatório final”, Maio 2009, p. 20.

¹⁰ ANDRÉ DIAS PEREIRA, Consentimento informado ..., cit., p. 130. No mesmo sentido, VAZ RODRIGUES, ob. cit., p. 240 e GUILHERME DE OLIVEIRA Estrutura jurídica ..., cit., p. 168.

¹¹ RIBEIRO, Geraldo Rocha, Quem decide pelos menores? (Algumas notas sobre o regime jurídico do consentimento informado para actos médicos)”, in Lex Medicinæ, Revista Portuguesa de Direito da Saúde, ano 7 – n.º 14 – Coimbra, Coimbra Editora, 2010, p. 106.

¹² CARVALHO, Orlando de, “Teoria Geral do Direito Civil”, Coimbra, Centelha, 1981, pp. 183-184, SOUSA, Rabindranath Capelo de, “O Direito Geral de Personalidade”, Coimbra, Coimbra Editora, 1995, p. 411, PEREIRA, André Gonçalo Dias, Consentimento informado ..., ob. cit., p. 317, OLIVEIRA, GUILHERME FALCÃO DE, “O acesso dos Menores aos Cuidados de Saúde”, Temas de Direito da Medicina, 1, 2ª Edição, Coimbra, Coimbra, Coimbra Editora, 2005, p. 242, PINTO, Paulo Mota, Limitação voluntária ..., ob. cit., p.542. Antes de 2007, a idade mínima para a prestação de um consentimento válido era de 14 anos.

¹³ GUILHERME DE OLIVEIRA, O acesso ..., ob. cit., p. 242. Uma refração desta autonomia concedida aos menores é, v.g., a das situações de internamento hospitalar em que se reconhece à criança maior de 16 anos o direito de escolher o seu acompanhante, ou mesmo de prescindir do mesmo (artigo 19º/2 da Lei n.º 15/2014, de 21 de Março).

¹⁴ O consentimento que deva ser prestado por estes deverá sempre pautar-se pelo superior interesse da criança, nos termos do artigo 1878.º do Código Civil.

¹⁵ Manifestando-se assim a “significação autónoma” do dever de informar face ao dever de obtenção do consentimento.

COMUNICAÇÕES LIVRES _____

Caracterização da prematuridade numa Unidade de Cuidados Especiais Neonatais

Joana Caridade (1)*; Francisco Amorim (2); Helena Pimentel (3)

(1) Hospital de Braga EPE

(2) Hospital de Braga EPE

(3) Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Instituto Politécnico de Bragança

*joanacaridade@live.com.pt

Introdução: Conhecer o perfil e caracterização dos prematuros tem atualmente sido uma grande preocupação, pois os índices de prematuridade e sobrevivência estão a aumentar, e o diagnóstico é fundamental para a prevenção e atuação ao qualificar e direcionar as tecnologias especializadas para o atendimento (1).

Objectivos: Caracterizar os prematuros internados na UCEN, no intervalo entre 01 de Janeiro de 2019 e 31 de Maio de 2019, em função das variáveis clínicas do prematuro, da mãe e dos cuidados de enfermagem; analisar a existência de correlação entre a idade gestacional, o peso à nascença e a ocorrência de complicações durante o internamento; identificar a existência de relação do peso à nascença e o índice de APGAR com a idade gestacional; conhecer o envolvimento e participação dos pais nos cuidados ao RN e identificar os cuidados de enfermagem promotores de desenvolvimento eleitos pela equipa de enfermagem da referida unidade.

Materiais e Métodos: Tipo de estudo: desenho descritivo-correlacional, inserido no paradigma quantitativo e epidemiológico. População: nados-vivos prematuros internados na UCEN, no intervalo de tempo entre 01 de janeiro 2019 e 31 de maio de 2019. Método colheita de dados: análise dos processos clínicos informatizados de 65 RN's nados-vivos prematuros internados na UCEN, no intervalo estipulado.

Resultados/Conclusão: Amostra maioritariamente masculina (65%), a média de idade gestacional é de 33 semanas e 2 dias e o peso médio à nascença de 1891,2 gramas. Efetuando a correlação entre a IG com o peso à nascença pôde-se concluir que quanto maior a idade gestacional maior o peso à nascença. Através da análise de correlação entre a IG e o índice de APGAR, concluiu-se que quanto maior a IG, maior o índice de APGAR à nascença. 76,9% dos RN's prematuros apresentaram complicações clínicas, sendo as complicações do foro respiratório as que de maior destaque (42,1%). Ao efetuar a correlação entre o peso à nascença e a IG em função das complicações clínicas, pôde concluir-se que os RN's que não desenvolveram complicações no período neonatal

apresentavam em média maior peso à nascença. A idade materna com maior prevalência foi entre os 30 e os 35 anos (43,1%) e 64 grávidas (98%) foram vigiadas durante a gestação. Verificou-se ainda que 30 mulheres (46,2%) eram “primeira gesta” e “primeira para”; 39 das mães não apresentavam antecedentes pessoais (60%) e o principal fator de risco materno foi a ruptura prematura da bolsa amniótica com tempo indeterminado (32 casos). Os casos de autonomia e participação dos pais nos cuidados ao RN aumentaram desde o momento de admissão na UCEN e durante o período em que decorreu o estudo, tanto nos cuidados desenvolvimentais e específicos (18,5%), como nos cuidados desenvolvimentais (13,8%). Ao analisar os cuidados de enfermagem, segundo o modelo NIDCAP (2), verificou-se que apenas os pontos de agrupamento de cuidados/estruturar às 24 horas, o posicionamento e as oportunidades para contacto pele-a-pele são respeitados na prática clínica (43%).

Referências:

- (1) White R. Smith J. Shepley M. Recommended standards for newborn ICU design, eighth edition. *Journal of Perinatology*. 2013;33(1):2-16.
- (2) Santos AO. NIDCAP®: Uma filosofia de cuidados.... *Nascer e Crescer*. 2011;20(1):27-28.

Palavras-chave:

Auto percepção da imagem corporal em alunos do segundo ciclo do ensino básico

Cláudia Roque (1)*

(1) Unidade Local de Saúde de Castelo Branco

*croque77@sapo.pt

Introdução: As mudanças físicas e psíquicas ocorridas no início da adolescência, a insatisfação com a imagem corporal, associadas a frequentes erros alimentares, podem contribuir para problemas nutricionais ou mesmo transtornos do comportamento alimentar.

Objectivos: Este estudo pretende caracterizar a auto percepção da imagem corporal dos alunos do segundo ciclo do ensino básico, de uma escola de Castelo Branco e compará-la com o estado nutricional avaliado.

Materiais e Métodos: Trata-se de um estudo descritivo, transversal e não experimental, envolvendo 140 alunos (50,71% rapazes e 49,29% raparigas), com idades compreendidas entre os dez e quinze anos de idade, desenvolvido de 21 de maio a 8 de junho 2012.

Resultados: Auto percecionando o peso corporal, 71,43% dos alunos referem ter peso normal, 7,14% mencionam peso abaixo do normal e 16,43% peso acima do normal. Neste estudo foi utilizado o esquema de silhuetas da imagem corporal, segundo Collins (1991), no qual se apresentam uma sequência de 7 imagens, desde a magreza à obesidade onde o adolescente identifica a imagem com que se reconhece, e a que gostaria de ter. Foi avaliado o estado nutricional, constatando-se 5% de casos de baixo peso (2 rapazes e 5 raparigas), 5% de casos de obesidade (3 rapazes e 4 raparigas), e 15% de pré-obesidade e em risco de obesidade (13 rapazes e 8 raparigas). Dentro dos parâmetros normais encontram-se 105 alunos (75%), 53 rapazes e 52 raparigas. Constatou-se que 32,14% dos alunos não identifica corretamente a sua imagem corporal (39,44% rapazes e 27,52% raparigas). Esta incorreta percepção torna-se evidente nos alunos com excesso de peso, uma vez que 16,43% subestimam a sua imagem corporal e referem-se como tendo peso normal. Perante o estado nutricional de baixo peso, apenas 2,14% dos alunos não reconhecem a sua imagem corporal. Quanto à satisfação com o próprio corpo, 81,43% dos alunos referem sentir-se bem com a sua imagem corporal.

Conclusão: A classificação de excesso de peso assume valores muito próximos ao estado nutricional normal. Este facto observa-se tanto para rapazes como para raparigas, podendo concluir-se que os alunos confundem o excesso de peso com peso normal. Neste sentido, é de extrema im-

portância o papel do enfermeiro, não só para despistar casos de excesso de peso, como para alertar os adolescentes/família a tomarem consciência do seu estado de saúde, incentivando desde logo a mudança de hábitos de vida, nomeadamente uma alimentação saudável e o aumento da prática de atividade física/desporto.

Referências:

- (1) Aparício, G.; Cunha, M.; Duarte, J. e Pereira, A. (2011). Olhar dos Pais sobre o Estado Nutricional das Crianças Pré-escolares. *Millenium*, 40, 99-113.
- (2) Direção-Geral da Saúde (2013). Programa Nacional Saúde Infantil e Juvenil. Disponível em: <https://www.dgs.pt/directrizes-da-dgs/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0102013-de-31052013-jpg.aspx>.
- (3) Duarte, M. E. B. (2011). Estilos de Vida Familiar e Peso Excessivo na Criança em Idade PréEscolar. Dissertação de Doutoramento. Lisboa: Universidade Nova de Lisboa, Escola Superior de Enfermagem de Lisboa.
- (4) Ferreira, F.; Mota, J. A. e Duarte, D. (2012). Prevalência de excesso de peso e obesidade em estudantes adolescentes do distrito de Castelo Branco: um estudo centrado no índice de massa corporal, perímetro da cintura e percentagem de massa gorda. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 30(1), 47-54.
- (5) Fonseca, H. (2012). Os adolescentes. In: Carmo, I. Gorduchos e Redondinhas. (pp. 129-139). Alfragide: Livros d'hoje.

Palavras-chave: Adolescência; Auto percepção; Imagem corporal; Estado nutricional; Baixo peso; Obesidade.

**Contributo dos enfermeiros para a promoção da saúde mental das crianças:
uma revisão integrativa**

Ernestina Batoca Silva (1)*; Graça Aparício (2); Isabel Bica (3)

(1) Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu

(2) Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu

(3) Escola Superior de Saúde de Viseu, Instituto Politécnico de Viseu

*ernestinabatoca@gmail.com

Introdução: Cada vez um maior número de crianças experiencia dificuldades em responder aos desafios desenvolvimentais que enfrentam e sofrem os efeitos negativos dos transtornos mentais. A prevalência dos transtornos mentais entre as crianças aumentou nos últimos anos e estima-se que, atualmente, 10 a 20% das crianças tenham um ou mais problemas de saúde mental⁽¹⁾. Esta realidade exige um aumento da capacidade de resposta e o desenvolvimento de formas eficazes para atender às necessidades destas crianças e suas famílias, o mais precocemente possível. Os enfermeiros integram as equipas do Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil, Acção de Saúde de Crianças e Jovens em Risco, Programa Nacional de Saúde Escolar e Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância, e é reconhecido o seu papel como líderes de estratégias de promoção da saúde⁽²⁾. O investimento tem sido dirigido ao nível do jardim-de-infância, nas escolas do ensino básico e secundário, mas também na consulta de vigilância de saúde infantil e juvenil e intervenção com crianças, adolescentes e suas famílias. São diversas as abordagens de natureza educativa para a promoção da saúde dos alunos realizadas nas áreas da alimentação saudável, da educação para os afetos e a sexualidade, as questões ambientais e saúde mental, mas também o apoio ao papel parental no sentido de serem os pais os principais prestadores de cuidados e de assumirem como direito e dever a educação dos filhos e serem os modelos de referência para os filhos. Face ao exposto, destaca-se a pertinência de sistematizar evidências sobre intervenções de enfermagem, com a finalidade de contribuir para a melhoria da qualidade de cuidados de enfermagem nesta área.

Objectivos: Descrever as intervenções de enfermagem para a promoção da saúde mental das crianças.

Materiais e Métodos: Revisão integrativa da literatura nas bases de dados PubMed, B-On e CINAHL utilizando os descritores “promoção da saúde”, “saúde mental”, “criança”, “enfermagem” ou “papel do enfermeiro” ou “enfermagem pediátrica” ou “enfermagem de atenção primária”. Os

artigos identificados pela pesquisa nas bases de dados foram 135, os completos seleccionados após elegibilidade foram 21 e os incluídos totalizaram 15. Realizou-se análise qualitativa com a construção de três categorias.

Resultados: Incluíram-se quinze artigos que descreviam as intervenções de enfermagem com as crianças e adolescentes na escola, junto da família e com a comunidade, sendo que a maioria abordava as intervenções na escola com ênfase para a promoção da resiliência e comportamentos saudáveis.

Conclusão: Os estudos analisados evidenciam a importância dos enfermeiros na promoção da saúde mental das crianças em programas de educação em saúde mental, sensibilização e apoio às necessidades psicoafectivas, biológicas e sociais. Apresenta-se um leque de intervenções a serem organizadas e desenvolvidas pelos enfermeiros que trabalham na escola, com as famílias e em interligação com a comunidade.

Referências:

- (1) Portugal. Ministério da Saúde. Direção-Geral da Saúde. Programa nacional de saúde infantil e juvenil. Lisboa: DGS; 2013.
- (2) Bittencourt MN, Marques MID, Barroso TMDA. Contribuições das teorias de enfermagem na prática da promoção da saúde mental. Rev Enf Ref [Internet]. 2018 jul-ago-set [citado 2018 dez 3];4(18):125-32.
- (3) McAllister M, Knight BA, Withyman C. Merging contemporary learning theory with mental health promotion to produce an effective schools-based program. Nurs Educ Pract. 2017;(25):74-79.
- (4) Michael SL, Merlo CL, Basch CE, Wentzel KR, Wechsler H. Critical Connections: Health and Academics. J Sch Health. 2015;85(11):740-758.
- (5) Glasper A. Reinforcing the commitment to a healthy start for all children. Br J Nurs. 2014;23(6):336-337.

Palavras-chave: Promoção da saúde; Saúde mental; Criança; Enfermagem pediátrica; Atenção primária à saúde.

Bruxismo infantil: um problema silencioso

Teresa Lima (1)*; Tânia Marques (2); Marlene Cardoso (3); Cristina Niza (4)

(1) Centro Hospitalar Tondela-Viseu EPE

(2) Centro Hospitalar Tondela-Viseu EPE

(3) Centro Hospitalar Tondela-Viseu EPE

(4) Centro Hospitalar Tondela-Viseu EPE

*teresa.lima@hotmail.com

Introdução: O Bruxismo é uma atividade involuntária, rítmica, espasmódica, multifatorial e repetitiva dos músculos da mastigação, é caracterizada pelo ato de ranger ou apertar os dentes, durante o período diurno e noturno (1).

Objectivos: Abordar algumas vertentes desta patologia, nomeadamente, fatores de risco, diagnóstico e tratamento, aumentando a informação disponível sobre esta problemática para profissionais de saúde e sociedade em geral, com vista a melhorar a qualidade de vida das crianças.

Materiais e Métodos: Revisão narrativa de literatura consultada em Pubmed e Google Académico com seleção de publicações desde o ano de 2016.

Resultados: O bruxismo noturno é uma disfunção da articulação temporomandibular que afeta 53,2 % de crianças, que pode levar a hipertrofia do músculo masséter pelo cerrar/ranger dos dentes, dores de cabeça e problemas periodontais (1) . Em crianças em idade escolar, o provável bruxismo noturno (PBN) teve uma prevalência de 21% e está associado a possível bruxismo diurno, ressonar, sono intermitente e sonolência diurna. Em crianças que sofrem de stress, cerca de 67,3% apresentam PBN. Assim como, as que apresentam histórico de roer as unhas e objetos são também mais propensas a sofrer de PBN. Estes resultados alertam que o PBN pode ser um indicador de stress e outros problemas psicológicos, como tensão e ansiedade, relacionados com a presença de hábitos orais prejudiciais (1,2,3) . O bruxismo em crianças e a sua relação com o desenvolvimento de distúrbios temporomandibulares (DTM) ainda não foi claramente determinado, contudo, a análise qualitativa de estudos revela maior probabilidade de desenvolver DTM (4) . O desgaste dos dentes é considerado o indicador mais importante para o diagnóstico (1). Apesar de várias estratégias de tratamento, como terapia comportamental, aparelhos orais e farmacoterapia sugeridas, não há tratamento específico para este distúrbio⁵ . No entanto, em adultos há resultados eficazes com o uso de benzodiazepinas, resultado esse que não foi verificado em crianças (5) . O bruxismo pode ocorrer de forma consciente, quando se morde um lápis, os dedos ou ou-

tros objetos. E inconscientemente durante a noite, estando associado a um sono intermitente, inferior a 8 horas, com pesadelos, falar durante o sono, sialorreia noturna e hiperatividade (1) .

Conclusão: O bruxismo em crianças é geralmente um problema autolimitado, no entanto, o seu tratamento pode ser necessário para melhorar a qualidade do sono de pais e filhos (1,5) . Os estudos existentes alertam para a importância de um diagnóstico precoce, no sentido de desenvolver estratégias de prevenção/tratamento para o bruxismo (1), devendo envolver uma abordagem multidisciplinar com a finalidade de aumentar os ganhos em saúde da criança.

Referências:

- (1) Gisele Maria de Araújo Feitosa, Railane Cléia dos Reis Félix, Danilo Costa Sampaio, Raquel Gonçalves Vieira-Andrade, Carolina Carvalho de Oliveira Santos, Thiago FonsecaSilva. BRUXISMO NA INFÂNCIA: perfil de comportamento, características do sono e sintomatologia, Brasil [Google Académico]. Revista Bahiana de Odontologia; 2016, [acesso em 25 de Setembro de 2019]. Disponível em : <https://webcache.googleusercontent.com/search?q=cache:vmcTle8aqoJ:https://www5.bahiana.edu.br/index.php/odontologia/article/download/918/621+&cd=2&hl=pt-PT&ct=clnk&gl=pt&client=firefox-b-d>
- (2) Duarte J, Souza JF, Cavalcante-Leão B, Todero SRB, Ferreira FM, Fraiz FC. Association of possible sleep bruxism with daytime oral habits and sleep behavior in schoolchildren, [PUBMED]. Cranio; 2019, [acesso em 25 de Setembro de 2019]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/31483213>
- (3) Drumond CL, Paiva SM, Vieira-Andrade RG, Ramos-Jorge J, Ramos-Jorge ML, Provini F, Serra-Negra JMC. Do family functioning and mothers' and children's stress increase the odds of probable sleep bruxism among schoolchildren? A case control study, [PUBMED]. Clin Oral Investig; 2019, [acesso em 25 de Setembro de 2019]. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=Do+family+functioning+and+mothers%27+and+children%27s+stress+increase+the+odds+of+probable+sleep+bruxism+among+schoolchildren%3F+A+case+control+study>.
- (4) Oliveira Reis L, Ribeiro RA, Martins CC, Devito KL. Association between bruxism and temporomandibular disorders in children: A systematic review and meta-analysis, [PUBMED]. Int J Paediatr Dent; 2019 [acesso em 25 de Setembro de 2019]. Disponível em: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/?term=de%20Oliveira%20Reis%20L%5BAuthor%5D&cauthor=true&cauthor_uid=30888712
- (5) . Mostafavi SN, Jafari A, Hoseini SG, Khademian M, Kelishadi R. The efficacy of low and moderate dosage of diazepam on sleep bruxism in children: A randomized placebocontrolled clinical

trial, [PUBMED]. J Res Med Sci; 2019 [acesso em 25 de Setembro de 2019].Disponível em:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30815021>

Palavras-chave: Bruxismo infantil; Criança; Distúrbios temporomandibulares; Sono; Ansiedade.

Realidade da Consulta de Adolescentes da UCSP Fundão

Diana Sousa (1)*; Sílvia Santos (2); Filomena Xavier (3)

(1) UCSP Fundão

(2) UCSP Fundão

(3) UCSP Fundão

*dfn.sousa@gmail.com

Introdução: A adolescência é um período de vida que começa com a puberdade e termina com o fim do crescimento, pressupondo o atingimento da maturidade física e psíquica. Assim, é difícil estabelecer uma idade limite para definir este período, visto que depende de variações individuais e socioculturais. Esta fase é caracterizada por mudanças físicas, psicológicas, cognitivas e sociais que condicionam dificuldades e riscos. Desta forma, os adolescentes constituem um grupo com necessidades próprias, merecendo especial atenção pela equipa de saúde. A Consulta de Adolescentes, já existente no Fundão, foi reformulada em 2016 com o intuito de promover a progressiva responsabilização dos adolescentes pelas escolhas relativas à sua saúde, prevenindo situações disruptivas ou de risco acrescido, e desta forma promover a sua autoestima. A população alvo desta consulta são os adolescentes que habitam ou estudam no concelho do Fundão.

Objectivos: Partilhar a realidade da Consulta de Adolescentes do Fundão, caracterizar a população assistida e os principais motivos de consulta.

Materiais e Métodos: Estudo observacional, descritivo e retrospectivo. Período de estudo: 1 maio de 2016 a 31 de agosto de 2019; População: jovens utilizadores da Consulta de Adolescentes do Fundão; Fonte de Dados: SClínico®; Tratamento de dados: Microsoft Excel.

Resultados: Foram realizadas 311 consultas a 137 adolescentes, destes 16% eram de outras nacionalidades (Guiné, Cabo Verde, São Tomé e Príncipe, Nigéria e Brasil). Dos utentes observados 92% eram do sexo feminino e a média de idades foi de 17 anos, tendo o doente mais novo 11 anos e o mais velho 23. A média de consultas por adolescente foi de 2,3. Os principais motivos de consulta, por ordem decrescente, foram: contraceção (40,2%), ansiedade (15,8%), dismenorreia (6,8%), irregularidades menstruais (6,1%) e disfunção familiar (5,1%). Foram efetuadas 28 referências para Pediatria, Psicologia, Nutrição, Psiquiatria e Cirurgia Plástica.

Conclusão: Os motivos de ida à Consulta de Adolescentes foram vários e diversos, sendo que a contraceção e os problemas menstruais constituíram mais de 50% dos motivos de consulta. De

salientar ainda a frequência elevada de casos de ansiedade e disfunção familiar como motivos de consulta. De referir, pela gravidade, 5 casos de comportamentos autolesivos, com idades compreendidas entre os 12 a 19 anos. Estes dados confirmam a importância da existência de uma consulta específica dirigida a esta faixa etária, assim como a relevância de ter uma equipa multidisciplinar, protocolos de colaboração e referenciação entre os cuidados saúde primários e o meio hospitalar.

Referências:

(1) Prazeres V. Saúde dos Adolescentes – Princípios Orientadores[Internet]. Dgs.pt. 1998 [cited 17 October 2019]. Available from: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/saude-dos-adolescentes-principios-orientadores-pdf.aspx>.

(2) Programa de Saúde Infantil e Juvenil [Internet]. Dgs.pt. 2013 [cited 17 October 2019]. Available from: <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>.

Palavras-chave: *Adolescência, Adolescentes, Consulta de Adolescentes, Fundação.*

PÓSTERES _____

Educação nutricional, conhecimento nutricional e estado antropométrico em crianças: uma revisão da literatura

Alice Tavares Lopes (1)*; Vera Ferro-Lebres (2)

(1) Instituto Politécnico de Bragança

(2) Centro de Investigação de Montanha, Instituto Politécnico de Bragança

*a34120@alunos.ipb.pt

Introdução: A prevenção da doença e a promoção da saúde dependem da adoção de estilos de vida saudáveis, que são o resultado do combate a comportamentos de risco e da aquisição de conhecimentos e competências saudáveis (1). O conhecimento nutricional não é um conceito único e pode ser definido como um processo cognitivo individual, que envolve a dieta, os alimentos e a informação nutricional (2), que pode interferir de forma diferenciada na ingestão alimentar e nutricional (3). A alteração das medidas antropométricas, refletindo obesidade, em crianças em idade escolar, é considerado um sério problema da atualidade, por constituir um fator de risco para o desenvolvimento de diversas patologias (4). A escola é o principal veículo de formação para as crianças e através dos programas de intervenção direcionados à saúde realizados neste âmbito, existe a possibilidade de a escola servir como um veículo importante para a educação e a promoção da saúde dos estudantes uma vez que as famílias não possuem as informações necessárias sobre esses aspetos (5). Falta um estudo de revisão que sintetize as evidências mais recentes, de revisões em contexto escolar para crianças e o seu impacto para o conhecimento nutricional e estado antropométrico.

Objectivos: Realizar uma revisão de literatura com vista a descrever e analisar publicações de estudos de intervenção no âmbito escolar sobre educação nutricional, conhecimento nutricional e medidas antropométricas.

Materiais e Métodos: A busca e a seleção dos estudos foram realizadas em diferentes bases de dados, combinando os termos, sinónimos remissivos e descritores associados relevantes. Foram incluídos artigos originais, em que tenha ocorrido qualquer intervenção em crianças, com o objetivo de fornecer uma educação nutricional, comparando os conhecimentos adquiridos com as medidas antropométricas das mesmas. Para avaliação da qualidade metodológica das intervenções selecionadas, foi utilizado o instrumento Lista de Verificação de Critérios da Academia de Nutrição e Dietética para investigação primária. Os principais resultados desta revisão sistemática foram analisados em áreas temáticas e discutidos qualitativamente, sob a forma de síntese narra-

tiva. A definição das áreas temáticas foi feita pelos dois autores. Artigos que reportavam dados relativos a mais do que uma área temática, foram analisados e discutidos em todas elas.

Resultados: Dezoito artigos originais foram incluídos no estudo. Quanto à avaliação da qualidade metodológica, prevaleceram estudos de qualidade positiva. Das intervenções estudadas, 16 (88,9%) apresentaram melhores resultados relativamente ao conhecimento nutricional e algumas (n=6, 33,3%) contribuem para a normalização das medidas antropométricas das crianças.

Conclusão: Os artigos incluídos neste estudo apontam benefícios potenciais no conhecimento nutricional e nas medidas antropométricas através da educação nutricional. No entanto, não foi possível determinar qual o método mais efetivo. É provável que metodologias que não abrangem apenas as crianças alcancem resultados melhores do que intervenções isoladas.

Referências:

- (1) DGC, APN. Alimentação em idade escolar. Lisboa: DGC/APN [Internet]. 2013;35. Available from: www.consumidor.pt%5Cnwww.apn.org.pt.
- (2) Axelson ML, Brinberg D. The measurement and conceptualization of nutrition knowledge. *J Nutr Educ.* 1992;24:239–46.
- (3) Wansink B, Westgren RE, Cheney MM. Hierarchy of nutritional knowledge that relates to the consumption of a functional food. *Nutrition.* 2005;21(2):264–8.
- (4) Tenorio AS, Cobayashi F. Obesidade infantil na percepção dos pais. *Rev Paul Pediatr.* 2011;29(4):634–9.
- (5) Brito AKA, Silva FIC da, França NM de. Programas de intervenção nas escolas brasileiras: uma contribuição da escola para a educação em saúde. *Saúde em Debate.* 2013;36(95):624–32.

Palavras-chave: *Crianças; Intervenção nutricional; Medidas antropométricas; Literacia nutricional; Ensino primário.*

**Programa ESCC – Estimulação sensorial, cognitiva e comportamental – para
crianças / adolescentes com lesão cerebral**

Dulce Carvalho (1)*

(1) Hospital Pediátrico de Coimbra, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra

*mariadulcecarvalho66@hotmail.com

Introdução: O serviço de Ortopedia e Neurocirurgia Pediátrica do CHUC desenvolveu o projeto “Cuidar de crianças com lesão cerebral: estimulação sensorial, cognitiva e comportamental”, inserido na área da Gestão do Cuidar, do Plano Estratégico do Serviço de Enfermagem, com a finalidade de melhorar a qualidade de cuidados de enfermagem prestados às crianças com sequelas de lesões cerebrais e assim contribuir para máxima recuperação da sua saúde. As crianças com lesões cerebrais provocadas por Traumatismos Cranianos, Acidentes Vasculares Cerebrais ou Malformações Arterio- Venosas são internadas no serviço porque necessitam de manter cuidados de enfermagem diferenciados para dar resposta aos sintomas ativos da doença ou traumatismo, e de desenvolver o máximo potencial das suas capacidades, numa fase crucial das suas vidas.

Objectivos: Capacitar os enfermeiros de referência e associados, das crianças com lesão cerebral, para a estimulação sensorial, cognitiva e comportamental das mesmas crianças; Melhorar a condição de saúde das crianças com lesão cerebral ao nível sensorial, cognitivo e comportamental.

Materiais e Métodos: Para o desenvolvimento do projeto seguiram-se os princípios da melhoria contínua da qualidade enunciados por Deming e o projeto foi desenhado de acordo com as etapas de Heather Palmer. O projeto teve início em março 2016 com a formação teórica dos enfermeiros de referência e associados sobre: avaliação dos níveis cognitivos (através da Rancho Los Amigos Levels of Cognitive Functioning Scale (LOCF), original de 1972 por Jeanne Flannery, do Rancho Los Amigos National Rehabilitation Center, localizado em Downey, Califórnia) e estimulação sensorial, cognitiva e comportamental, baseada em escalas de desenvolvimento infantil e treino prático com todos os materiais necessários para validar os itens das escalas. Para a avaliação da eficácia da formação foi realizado um teste diagnóstico e um teste final de avaliação de conhecimentos dos enfermeiros. Para avaliação da implementação do projeto para além da análise e proposta de novos elementos para a documentação de cuidados foi construída uma Grelha de Observação de desempenho dos enfermeiros e planeadas entrevistas de acompanhamento aos mesmos. Foi elaborado um fluxograma e foram elaborados também os indicadores sensíveis aos cuidados de enfermagem.

Resultados: Nesta fase de desenvolvimento do projeto ainda não há resultados a divulgar. Em 2016, altura de desenho do projeto foi possível aplicá-lo de forma empírica e validar alguns procedimentos com uma criança de 7 anos e um adolescente de 14 anos, no entanto em 2017, 2018 e 2019 não houveram situações de crianças/ adolescentes com lesão cerebral com valores de Glasgow 9-11.

Conclusão: Com o desenvolvimento do projeto houve uma maior sensibilização dos enfermeiros para a estimulação neurosensorial, tornando a prática de cuidados mais sistematizada e com maior intencionalidade, contribuindo assim para a Excelência dos Cuidados de Enfermagem como é desígnio do Serviço de Enfermagem da nossa instituição.

Referências:

- (1) Mayfield, J. - Behavioral considerations associated with traumatic brain injury. BrainLinekids, helping kids with traumatic injury. 2015.
- (2) Rancho Los Amigos National Rehabilitation Center - The Rancho Levels of Cognitive Functioning. Retrieved, 2011, May 15. Disponível na internet: http://www.rancho.org/Research_RanchoLevels.aspx.
- (3) Simões, M.; Salgueiro, N.; Rodrigues, M. - Cuidar em humanidade, um estudo aplicado em cuidados continuados. In Revista de Enfermagem Referência. III Série, N° 6, Coimbra (março, 2012), p.81-93.
- (4) Stenberg, M. et al. - Cognitive Impairment after severe traumatic brain injury, clinical course and impact on outcome: a swedish- Icelandic study. In Behavioral Neurology Hindawi Publishing Corporation, Academic Editor: Michael J. Larson, 2015, 12p. <http://dx.doi.org/10.1155/2015/680308>.

Palavras-chave: *estimulação sensorial; terapia cognitivo- comportamental; criança; lesão cerebral.*

Hábitos de vida e saúde. O quotidiano dos estudantes do ensino superior.

Ana Margarida Monteiro (1)*; Helena Pimentel (2)

(1) ESSVA, Instituto Politécnico de Saúde do Norte

(2) Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Instituto Politécnico de Bragança

*anamargaridamonteiro44@gmail.com

Introdução: O ingresso no Ensino Superior é particularmente exigente requerendo mudanças que tendem a exercer repercussões sobre a saúde. Hoje, mais do que nunca, a saúde é entendida como um valor supremo há uma ética da saúde, um direito à saúde que exigem avanços tecnológicos e medidas preventivas. Os hábitos de vida proporcionam a compreensão da articulação entre o condicionalismo social e a ação individual, particularmente, em grupos específicos. Segundo Torgal deve entender-se por hábitos de vida "(... } a forma como cada pessoa gere o seu próprio capital de saúde, através de opções individuais (...)" (1). A Organização Mundial de Saúde (2) afirma que "(...) ainda há muito que avançar para conseguir compreender as relações entre a saúde e os componentes dos hábitos de vida específicos. Colaboram desta ideia os autores (3,4) ao referirem que as preocupações com hábitos de vida salutogénicos e protetores em contraponto a situações que podem representar, de alguma forma, risco pessoal, sobretudo, se considerarmos que o lazer e o entretenimento, muito presente na vida académica dos estudantes, assumem um valor supremo nos critérios de estruturação das sociedades contemporâneas estando, muitas vezes, na origem de uma indústria lucrativa, com papel ativo na criação e modelagem de muitos dos hábitos de vida, do grupo etário em estudo(4).

Objectivos: Identificar hábitos de vida promotores de saúde e riscos em estudantes do Ensino Superior.

Materiais e Métodos: Realizou-se um estudo descritivo-correlacional, tendo-se adotado uma estratégia metodológica de tipo extensivo, com recurso ao inquérito por questionário para recolha de dados. Recorreu-se a uma amostra estratificada, de 672 alunos, que integra 40,5% do sexo masculino e 59,5% do feminino.

Resultados: As diferenças observadas, do ponto de vista da inferência estatística, relativamente às variáveis idade, sexo, escola, retenção escolar e, em menor proporção, à proveniência, ao nível socioeconómico e à participação em atividades extracurriculares sugerem a necessidade de uma

abordagem diferenciada, no sentido de implementar estratégias de promoção e de educação para a saúde, individualizadas e adequadas a cada grupo.

Conclusão: Considerar a necessidade de consolidar políticas institucionais que estabeleçam garantias de bem-estar mediante o acesso a uma alimentação saudável, a uma cultura desportiva, ao incentivo a atividades culturais e artísticas. A informação sobre condutas saudáveis e o conhecimento dos riscos inerentes aos consumos excessivos e às condutas sexuais não protegidas deverão constituir-se uma prioridade de ação preventiva.

Referências:

- (1) Torgal J (2014). Plano Nacional de Saúde 2012-2016. Roteiro de Intervenção em Cidadania e Saúde. Ministério da Saúde Português: DGS.
- (2) OMS (1998), The World Health Report 1998: Life in the 21st Century-A Vision for All. Geneva: OMS.
- (3) Matos M & Equipa Aventura Social (2017). Comportamentos de Saúde dos Jovens Universitários Portugueses Relatório do Estudo – Dados Nacionais 2016. Aventura Social/ FMH: ULisboa.
- (4) Prazeres V, Laranjeira AR, Oliveira V (2005). Saúde dos jovens em Portugal: elementos de caracterização. Lisboa: DGS.

Palavras-chave: *Hábitos de Vida, Estudantes do Ensino Superior, Promoção da Saúde.*

Diferenciação Social e padrões de escolha em estudantes do subsistema de Ensino Politécnico

Helena Pimentel (1)*; Ana Margarida Monteiro (2)

(1) Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Instituto Politécnico de Bragança

(2) ESSVA, Instituto Politécnico de Saúde do Norte

*hpimentel@ipb.pt

Introdução: O crescimento acentuado e a descentralização do Ensino Superior em Portugal potenciaram a diversificação do perfil social dos indivíduos que procuram este nível de escolaridade. A reforma Veiga Simão, de 1986(1), promoveu a expansão do sistema de Ensino Superior português de modo a contribuir para a modernização do país. Esta expansão assentava, significativamente, numa alteração do seu padrão de distribuição territorial. Até então existiam instituições públicas de Ensino Superior apenas nas cidades de Lisboa, Porto e Coimbra. A reforma, publicada em 1973(2), consubstancia uma profunda alteração da distribuição espacial do Ensino Superior público.

Objectivos: Conhecer as variáveis demográficas, socioeconómicas e académicas dos jovens de um Instituto Politécnico do interior do país e disponibilizar informação que fundamente uma reflexão aprofundada sobre o perfil dos estudantes deste subsistema de ensino.

Materiais e Métodos: Estudo descritivo com aplicação de um questionário para recolha de informação. Recorreu-se a uma amostra estratificada proporcional, por 45 cursos e por 5 escolas, que integra 272 alunos do sexo masculino (40,5%) e 400 alunos do sexo feminino (59,5%), totalizando 672.

Resultados: Maior percentagem de inquiridos do sexo feminino tendência observada em estudos desenvolvidos em Portugal e na Europa. Contudo, esta distribuição não é homogénea quando consideradas as diferentes áreas científicas de formação. As diferenças prendem-se com orientações de estereotipização feminina, designadamente nas áreas da formação de professores e da saúde, por contrapondo, às engenharias e tecnologias. A análise das condições sociais das famílias diz-nos que a grande maioria tem uma trajetória familiar de baixa escolarização. A grande percentagem dos pais e das mães têm no máximo a instrução primária com 41,4% para a mãe e 44,1% para o pai, seguida do 2.º ciclo (24,7% para ambos) de onde se infere que a frequência do Ensino Superior obedece a condições persistentes de desigualdade de oportunidades. Tal aspeto fundamenta o carácter diferenciador dos segmentos de ensino. No sector público, o politécnico é mais

aberto ao recrutamento de alunos de origens sociais diferenciadas. Quisemos, ainda, conhecer os motivos que levaram os jovens estudantes a procurar uma instituição de ensino politécnico do interior norte do país. Como motivo mais apontado temos a proximidade da zona de residência (32%), seguido da facilidade de entrada (28%) e do prestígio da instituição/curso (18%). Com menor valor percentual surgem as razões: ter colegas e amigos na instituição (10%), questões financeiras (5,7%), qualidade das instalações e meios de ensino (5,2%).

Conclusão: A procura de instituições de ensino superior nas regiões menos populosas reflete menor dinamismo económico dessas regiões e o ensino politécnico é claramente mais aberto ao recrutamento de alunos com condições sociais mais modestas.

Referências:

- (1) Comissão de Reforma do Sistema Educativo (1986). Projecto global de actividades. Lisboa: Ministério da Educação.
- (2) Simão, J. V. (1973). Educação... Caminhos de liberdade: Três anos de governo. Lisboa: Ministério da Educação Nacional.

Palavras-chave: *Ensino Politécnico; Massificação; Diferenciação Social.*

Estudo de caso clínico: estenose hipertrófica do piloro

Diana Borges (1)*; Vânia Veloso (2); Helena Pimentel (3)

(1) Instituto Politécnico de Bragança

(2) Unidade Local de Saúde do Nordeste

(3) Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Instituto Politécnico de Bragança

*dscborges@gmail.com

Introdução: A Estenose Hipertrófica do Piloro (EHP) é a causa cirúrgica mais frequente de vômitos do recém-nascido e lactente. Caracteriza-se por um estreitamento (estenose) devido ao aumento (hipertrofia) da musculatura do piloro. Consequentemente, todo o alimento ingerido e secreções gástricas só podem sair através do vômito (1). A etiologia exata da EHP é desconhecida, mas há probabilidade de um componente genético (2). A sintomatologia típica tem início entre as 3-6 semanas de vida. A apresentação clássica consiste em vômitos em jato imediatamente após alimentação. Os vômitos são alimentares, por vezes com sangue (devido à gastrite ou ulceração que pode surgir) (1). O exame de imagem de eleição é a ecografia, permitindo a visualização direta do músculo pilórico (1). A incidência é de 2-4:1000 nados vivos, sendo mais frequente no sexo masculino na razão de 4:1 (3).

Objectivos: O presente estudo tem como principal objetivo reconhecer um caso identificado com EHP e associar esta patologia a diagnósticos de enfermagem e suas respetivas intervenções.

Materiais e Métodos: Este estudo de caso foi realizado no período decorrente do Ensino Clínico II- Enfermagem Infantil e Pediátrica do curso de Enfermagem da Escola Superior de Saúde de Bragança, no serviço de Pediatria do Hospital de Bragança. A realização deste estudo baseia-se numa revisão bibliográfica, e numa análise dos registos de enfermagem obtidos através do processo do utente desde a sua admissão.

Resultados: O R.F é um recém-nascido do sexo masculino, nascido a 01/09/2019. Foi admitido no serviço de Pediatria do Hospital de Bragança a 23/09/2019 por apresentar episódios de regurgitação recorrentes desde a 3ª semana de vida e perda ponderal a partir do 9º dia até então. Ao longo dos 9 dias de internamento, o recém-nascido totalizou uma perda ponderal de 40gr, com episódios de vômitos pós-prandiais e em jato, alguns deles de cor acastanhada. No decorrer do internamento e por ordem médica: Realizou estudo analítico duas vezes que não revelou alterações; Implementaram-se medidas anti refluxo; Restringiu-se a alimentação do bebé a leite adap-

tado, suplementando com soroterapia; Iniciou inibidor da bomba de prótons. Após estas medidas implementadas, o recém-nascido mantinha ao 7º dia de internamento episódios cada vez mais recorrentes de vômitos alimentares, bem como acentuada perda ponderal e, por isso, a equipa multidisciplinar decide marcar exames mais específicos para apurar um possível diagnóstico. Ao 9º dia de internamento, o recém-nascido realizou ecografia abdominal e consulta de gastroenterologia pediátrica no Hospital de Sª João, no Porto. Após ecografia abdominal foi possível visualizar a Estenose do Píloro que o bebé apresentava.

Conclusão: A EHP é a causa cirúrgica mais frequente de vômitos do recém-nascido e lactente e para tal é necessário um bom diagnóstico para assim ser instituído um bom plano terapêutico e um plano de cuidados de enfermagem.

Referências:

- (1) Martins, V. (16 de outubro de 2017). Estenose hipertrófica do píloro. Obtido em 4 de outubro de 2019, de Enciclopédia Pediátrica Online: <https://pedipedia.org/pro/artigo-profissional/estenose-hipertrofica-do-piloro>
- (2) Cochran, W. J. (20 de fevereiro de 2017). Estenose hipertrófica do píloro. Obtido em 4 de outubro de 2019, de Manual MSD: <https://www.msmanuals.com/pt-pt/profissional/pediatria/dist%C3%BArbios-gastrointestinais-em-neonatos-e-beb%C3%AAs/estenose-hipertr%C3%B3fica-do-piloro>
- (3) Oliveira, J. C. (22 de janeiro de 2014). Estenose hipertrófica do píloro (EHP). Obtido em 4 de outubro de 2019, de educare.pt: <https://www.educare.pt/opiniao/artigo/ver/?id=23625&langid=1>

Palavras-chave:

Estudo de caso em jovem de 16 anos com pneumotórax à direita

Sara Gouveia (1)*; Margarida Carvalho (2); Ana Margarida Tojal (3); Margarida Montenegro (4);
Helena Pimentel (5)

(1) Instituto Politécnico de Bragança

(2) Centro Hospitalar Tondela-Viseu EPE

(3) Centro Hospitalar Tondela-Viseu EPE

(4) Centro Hospitalar Tondela-Viseu EPE

(5) Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Instituto Politécnico de Bragança

*seag.97@gmail.com

Introdução: Pneumotórax é a presença de ar na cavidade pleural, podendo levar a colapso pulmonar parcial ou completo. Este pode ocorrer de modo espontâneo ou em consequência de pneumopatia subjacente, trauma ou procedimentos médicos. O diagnóstico é feito através de exame físico e RX tórax. Normalmente, requer aspiração por cateter ou drenagem torácica, se não for possível reverter a situação através da drenagem ou tiver um carácter recidivante, recorre-se a cirurgia torácica assistida por vídeo.

Objectivos: O presente estudo pretende conhecer a realidade de um jovem adolescente com pneumotórax, por forma a construir um plano de cuidados de enfermagem individualizado concorrendo para a melhoria dos cuidados de enfermagem.

Materiais e Métodos: O estudo de caso foi realizado no âmbito do Ensino Clínico de Saúde Infantil e pediátrica que decorreu de 16 Setembro até 11 de Outubro de 2019 no Serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Tondela-Viseu, EPE. Estudo de carácter descritivo foi elaborado com base na pesquisa bibliográfica e análise dos dados recolhidos, elaboramos um plano de cuidados de enfermagem individualizado contribuindo para o conhecimento científico no âmbito da Enfermagem.

Resultados/Conclusão: Após a pesquisa realizada à cerca da patologia pneumotórax, conclui-se que o pneumotórax espontâneo é comum durante a adolescência ou por volta dos 20 anos e em jovens do sexo masculino, magros e altos como é o caso do jovem de 16 anos em estudo. Com a realização deste estudo de caso foi possível ficar a conhecer melhor esta patologia, a sua etiologia, diagnóstico e tratamento sendo capaz de rever neste caso real, os sintomas característicos, identificar a sua etiologia, os exames necessários ao diagnóstico (RX tórax) e o tratamento aplicado (drenagem torácica e cirurgia), que vai sendo alterado consoante a evolução do doente de

forma a obter um melhor desfecho. Permitiu também compreender melhor o plano de cuidados de enfermagem aplicado neste caso e entender como este vai sendo alterado ao longo do internamento.

Referências:

- (1) 1. 2017 por Richard W. Light, Pneumotórax, 2017, consultado a 4 de Outubro de 2019 em <https://www.msdmanuals.com/pt-pt/profissional/dist%C3%BArbios-pulmonares/doen%C3%A7as-mediastinais-e-pleurais/pneumot%C3%B3rax>
- (2) Cuf, consultado a 5 de Outubro de 2019 em <https://www.saudecuf.pt/unidades/descobertas/areas-clinicas/cirurgia-toracica/sintomas-doencas-tratamentos/pneumotorax>
- (3) Pedro Pinheiro, Pneumotórax – O que é, causas, sintomas e tratamento, 2019, consultado a 4 de Outubro de 2019 em <https://www.mdsaude.com/pneumologia/pneumotorax/>

Palavras-chave:

Estudo de caso clínico: apendicite aguda

Margarida Relvas Machado (1)*; Cecília Paula (2); Rute Sampaio (3); Margarida Carvalho (4); Helena Pimentel (5)

(1) Instituto Politécnico de Bragança

(2) Centro Hospitalar Tondela-Viseu EPE

(3) Centro Hospitalar Tondela-Viseu EPE

(4) Centro Hospitalar Tondela-Viseu EPE

(5) Unidade de Investigação em Ciências da Saúde: Enfermagem, Instituto Politécnico de Bragança

*margarida_relvas@hotmail.com

Introdução: A apendicite aguda é uma das urgências cirúrgicas mais frequentes, ocorrendo com maior assiduidade em idades compreendidas entre os 10 e os 20 anos. A teoria atual diz que a apendicite resulta num fator que precipita a necrose da mucosa do apêndice e dá origem a uma infeção bacteriana secundária com bactérias colónicas normais. Podem formar-se ulcerações da mucosa e micro- abscessos na parede do apêndice ou nos tecidos vizinhos que, se não forem tratados, podem evoluir para gangrena e perfuração no espaço de 24 a 36 horas. (1) Se o processo inflamatório tiver uma evolução relativamente lenta, a infeção pode ficar circunscrita a um abscesso localizado. Nos casos de evolução mais rápida existe o risco de rutura e peritonite aguda.

Objectivos: O presente estudo tem como objetivo conhecer a realidade de uma criança submetida a apendicectomia por laparoscopia, de forma a construir os diagnósticos de enfermagem e as respetivas intervenções, procurando a melhor qualidade dos cuidados prestados.

Materiais e Métodos: O estudo de caso foi realizado em outubro de 2019, período em que decorreu o Ensino Clínico II- Enfermagem infantil e Pediátrica, no serviço de Pediatria do Centro Hospitalar Tondela Viseu. A realização de um estudo de caso mostra-se de especial importância para aprofundar conhecimentos sobre uma determinada área ou situação específica, que merece um empenho acrescido na sua apreciação. (2) O estudo realizado de carácter descritivo foi elaborado com base na revisão bibliográfica e análise de dados recolhidos.

Resultados: A criança apresentava-se aparentemente bem até ao dia em que iniciou com uma dor abdominal difusa, associada a náuseas sem vómitos, sem febre nem outras queixas, apresentava abdómen doloroso à palpação da FID, com aumento da dor à descompressão. Foi submetido a apendicectomia via laparoscópica. No internamento foram efetuados os seguintes diagnósticos de enfermagem: Capacidade para executar os cuidados de higiene pessoal comprometida, Capa-

cidade para vestir-se ou despir-se comprometida, “Presença de Dor”, Capacidade para Mobilizar-se/ Atividade física Comprometida, Presença de Ansiedade, Risco de Infecção Presente, Presença de Ferida Cirúrgica.

Conclusão: : O estudo de caso surge como um elemento fundamental no meio acadêmico, pois através dele consegue-se aumentar o conhecimento teórico referente à patologia em estudo. A realização de entrevistas e de colheitas de dados, que é um dos aspetos fundamentais para identificar quais os cuidados de enfermagem adequados à necessidade de cada pessoa, proporciona uma boa relação terapêutica com a criança e família. O estudo de caso mostra-se também importante no desenvolvimento do raciocínio clínico, uma vez que este tipo de projeto permite relacionar conceitos e desenvolver conhecimentos mais sólidos e aprofundados.

Referências:

(1) Monahan F. Sands J. Neighbors M. Marek J. Green C. (2010). Phipps: Enfermagem Médico-Cirúrgica- Perspectivas de Saúde e doença. Vol. 2. 8 ed. Lusodidacta; 2010.

(2) Pereira L. Godoy D. Terçariol D. Estudo de caso como procedimento de pesquisa científica: reflexão a partir da clínica fonoaudiológica. 2009 [acesso em 04 outubro 2019]. Disponível em http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0102-79722009000300013&script=sci_abstract&tlng=pt.

Palavras-chave: *Apendicite aguda; Criança; Diagnósticos de enfermagem.*

