



Curso de Mestrado em Enfermagem

Especialização em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

Um olhar sobre as Emoções no cuidar em enfermagem: o trabalho emocional com o adolescente hospitalizado

Maria João Ferreira Caeiro

2013

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



Curso de Mestrado em Enfermagem

Especialização em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem

Um olhar sobre as Emoções no cuidar em enfermagem: o trabalho emocional com o adolescente hospitalizado

Maria João Ferreira Caeiro

**Orientadora:
Professora Doutora Paula Diogo**

2013

Agradecimentos...

Aos meus pais pela dádiva de amor e afeto, apoiando-me incondicionalmente, e
graças a eles sou a Maria João!

Ao B. por caminhar ao meu lado e escutar-me.

À família que me apoiou e que acreditou sempre em mim.

Aos amigos que aturaram desabafos e ausências.

Às equipas de enfermagem de cada contexto e respetivas enfermeiras orientadoras,
que me acolheram nobremente e deram um contributo essencial para que este
trabalho fosse possível.

Aos clientes que se cruzaram comigo neste percurso e nos quais acredito ter feito a
diferença na sua vida e na sua saúde.

À equipa de enfermagem da Unidade de Adolescentes por compreenderem e
possibilitarem a ausência pelo período que foi necessário para a elaboração do
presente trabalho.

À Professora Orientadora Doutora Paula Diogo, que de forma dedicada e
apaixonada, nutriu os seus cuidados com afeto, iluminando e cuidando do meu
percurso, transmitindo sabedoria, reflexão e sobretudo crescimento pessoal e
profissional.

A todos, o meu obrigado!

“Eu aprendi que são os pequenos acontecimentos diários que tornam a vida espetacular!” J., *in* Jornal Jovem.

“O valor do cuidar é baseado no enfermeiro criativo que se auto-transcende”
(Watson, 2002, p.60)

“A primavera da vida é bonita de viver,
Tão depressa o sol brilha como a seguir está a chover (...)
Não vês como isto é duro, ser jovem não é um posto,
Ter de encarar o futuro com borbulhas no rosto.
Porque é que tudo é incerto, não pode ser sempre assim (...)”
Não há estrelas no céu – Rui Veloso

“Vou-te contar o tal segredo. É muito simples: só se vê bem com o coração. O essencial é invisível para os olhos...”

- O essencial é invisível para os olhos – repetiu o príncipezinho, para nunca mais se esquecer.
- Foi o tempo que tu perdeste com a tua rosa que tornou a tua rosa tão importante.
- Foi o tempo que eu perdi com a minha rosa... - repetiu o príncipezinho, para nunca mais se esquecer.
- (...) Ficas responsável para todo o sempre por aquilo que está preso a ti. Tu és responsável pela tua rosa...
- Sou responsável pela minha rosa... – repetiu o príncipezinho, para nunca mais se esquecer”.

(Saint-Exupéry, 1946, p.74)

RESUMO

A experiência do adolescente nos processos de saúde-doença é pautada frequentemente por vivências e respostas emocionais intensas e perturbadoras, implicando um trabalho emocional no processo de cuidar de enfermagem. O cliente – adolescente - nas suas características particulares e singulares, tendo em conta esta fase de crescimento e desenvolvimento humano, em situação de doença e hospitalização é o objeto de estudo deste percurso formativo. O presente Relatório de Estágio procura espelhar um percurso académico, pessoal e profissional que constitui uma síntese e, simultaneamente, uma reflexão integradora das aprendizagens e competências adquiridas no âmbito do Mestrado em Enfermagem. Profundamente articulado com a experiência prática dos estágios, destaca-se a mobilização de referentes teóricos e de evidência científica relevantes, inerentes ao tema do trabalho emocional e da adolescência, procurando desenvolver competências gerais e específicas de Enfermeira Especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem (DR, 2011), e desenvolver o trabalho emocional no processo de cuidados de enfermagem ao adolescente hospitalizado. O Paradigma da Transformação, como visão atual e estruturante dos cuidados de enfermagem toma contornos sustentados pela teoria de Jean Watson.

O método mobilizado para desenvolver a aprendizagem e competências preconizadas centra-se no modelo reflexivo e construtivista, que está patente em todo o relatório e respetivos apêndices. Como resultados, o enfoque no trabalho emocional nos cuidados com o adolescente nos diferentes contextos permitiu desenvolver um conjunto de atividades e reflexões que procuram responder aos objetivos, bem como desenhar um projeto futuro (p.e. Jornal Jovem). Destes resultados destaca-se, ainda, o contributo para a esfera científica, com a elaboração de um artigo científico focando um Algoritmo do Trabalho Emocional em Enfermagem, e o desenvolvimento de atividades/intervenções de enfermagem que procuram devolver à prática ferramentas para a continuação de um trabalho que dá resposta à complexidade dos cuidados holísticos à criança, adolescente e sua família.

Palavras-Chave: Enfermagem Pediátrica, Trabalho Emocional, Adolescente, Competências.

ABSTRACT

The experience of adolescents in the processes of health and disease is often guided by experiences and also intense and disturbing emotional responses, implying a process of emotional labour in nursing care. The client - teenager - in its particular and unique characteristics given by this phase of human growth and development in situations of illness and hospitalization is the object of this training path. This Internship Report seeks to mirror an academic, personal and professional experience which is a synthesis and simultaneously a reflection of integrative learning and skills acquired during the Master degree of Nursing. Deeply linked with the practical experience of the stages, there is the mobilization of theoretical references and scientific evidence relevant to the issue of inherent emotional labour and adolescence, trying to develop general skills and specific Nurse Specialist Nursing of Child and Young Health (DR, 2011), and the development of emotional labour in the process of nursing care to the hospitalized adolescent. The paradigm of transformation, as the current view and structuring of nursing takes contours supported by the theory of Jean Watson.

The method mobilized to develop learning skills was based on a reflective and constructivist model, which is evident throughout the report and their respective appendices. As a result, the focus on emotional labour in caring for adolescents in different contexts allowed to develop a set of activities and reflections that meet the goals and serve as a base to a future project (for example Jornal Jovem). Among these results, stands out the scientific article focusing the *Algorithm about the Emotional Labour in Nursing*, which contributes to the scientific sphere. This activities / interventions seek to return to nursing practice tools that address the complexity of holistic care to children, adolescents and their families.

Key-Words: Pediatric Nursing, Emotional Labour, Teenagers, Skills.

INDÍCE

	Página
Introdução.....	9
1. Enquadramento Concetual.....	12
2. Problema e Objeto de Estudo.....	18
3.,Objetivos Propostos, Atividades Desenvolvidas e Recursos Mobilizados.....	23
3.1. Unidade Funcional de Atendimento a Adolescentes “Aparece-Saúde Jovem”.....	25
3.2.Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados.....	30
3.3. Serviço de Urgência Pediátrica [SUP]do Hospital D. Estefânia [HDE] – Centro Hospitalar de Lisboa Central [CHLC].....	34
3.4. Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos [UCIP] do HDE – CHLC.....	37
3.5. Unidade de Adolescentes do HDE– CHLC.....	40
4. Aquisição de Competências.....	45
5. Projeto Futuro.....	52
6. Considerações e Reflexões Finais.....	54
7. Referências Bibliográficas.....	56
Anexos	
Anexo I - Certificado de Formadora no “XIII Curso de Formação do Aparece “Saúde dos Adolescentes – Curso de Atualização”
Anexo II - Programa do “XIII Curso de Formação do Aparece “Saúde dos Adolescentes – Curso de Atualização”

Anexo III - Certificado de Formanda no “XIII Curso de Formação do Aparece “Saúde dos Adolescentes – Curso de Atualização”

Anexo IV - Carta da Diretora do “Aparece-Saúde Jovem” sobre o estágio realizado

Anexo V - Certificado de Formanda na palestra “Promoção da Esperança nos Processos de Saúde-Doença”

Anexo VI - Artigo da Revista da Ordem dos Enfermeiros

Enfermeiros, O. d. (2010, Janeiro). Conselho de Enfermagem – Conceptualização da Prática Clínica. Parecer do CE N.º 248 / 2010 – Avaliação da visão e da audição. (O CE adota na íntegra o Parecer no 22 / 2009 / CEESIP). *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, (33), pp.28-34.

Anexo VII - Documento de Avaliação das Formações em Serviço, modelo do HDE

Apêndices

Apêndice I - Descrição dos Locais de Estágio

Apêndice II - Guia Orientador das Atividades de Estágio

Apêndice III – Cronograma dos Estágios

Apêndice IV – Diários de Campo da Experiência Formativa

Apêndice V – Jornais de Aprendizagem

Apêndice VI – Atividades de Formação enquanto Formanda

Apêndice VII – Estudo de Caso

Apêndice VIII – Atividade apresentação de estudo de caso no “XII Curso de Formação do Aparece Saúde dos Adolescentes – Curso de Atualização”

Apêndice IX – Atividade Painel Temático “Os Afetos...”

Apêndice X – Atividade “Folhetos Informativos sobre a “Contraceção Oral Combinada (Pílula)” e “Desconfortos na Gravidez”

Apêndice XI – Atividade Poster “Os Jovens e os Afetos”

Apêndice XII – Documento “Avaliação do Crescimento Infantil e Juvenil”

Apêndice XIII – Atividade Formação em Serviço

Apêndice XIV – Algoritmo de Atuação em Enfermagem sobre o Trabalho Emocional com Adolescentes

Apêndice XV – Atividade Dossier de Artigos

Apêndice XVI – Atividade “Jornal Jovem”

INTRODUÇÃO

A elaboração deste relatório de estágio constitui o culminar do percurso formativo do 3º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, e inscreve-se na Unidade Curricular Estágio com Relatório, do 3º Semestre. Esta Unidade Curricular tem como finalidade o desenvolvimento de competências científicas, técnicas e humanas, concorrendo para a conceção, a gestão, a prestação e supervisão de cuidados de enfermagem especializados à criança, ao jovem e à família (Escola Superior de Enfermagem de Lisboa [ESEL], 2013), sendo este o apanágio que acompanhou o desenvolvimento deste Relatório. Desde o meu curso de Licenciatura em Enfermagem que a problemática associada ao cuidar humano no processo de cuidados à criança e adolescente ocupa um lugar de destaque na minha vida pessoal e profissional. Congratulo-me com a prestação de cuidados a crianças e jovens seja uma realidade no meu quotidiano, algo que me enche o coração com alegria e realização profissional. Este aspeto levou-me a procurar aprofundar conhecimentos na área da saúde infantil e pediatria ao longo dos anos de profissão, e que tem complementando a minha experiência enquanto enfermeira. Deste investimento, dou agora especial enfoque, através da aquisição de competências no âmbito dos cuidados de enfermagem especializados à criança e ao jovem (Diário da República, 2011). Como enfermeira que exerce funções na Unidade de Adolescentes do Hospital D. Estefânia - Centro Hospitalar de Lisboa Central - EPE, as questões relacionadas com a adolescência são do meu maior interesse, não descurando as restantes questões relacionadas com a população pediátrica. Neste sentido, despertou-me a atenção a problemática vivida pelos adolescentes face à doença e hospitalização, e o significado que estes lhe atribuem. Procurei, então, apropriar-me das necessidades, vivências, preocupações e emoções que os adolescentes experienciam durante a sua hospitalização através da observação, da experiência e contacto direto com estes na minha prestação de cuidados.

O Paradigma da Transformação, que enquadra o ser humano como um todo influenciado pelo ambiente que o rodeia, e de forma recíproca também influencia o ambiente (Lopes, 2001), encontra nos cuidados de enfermagem um “processo de

cuidar de humano-para-humano” (Watson, 2002, p. 69), também este recíproco e que envolve ambos os intervenientes, “num processo de serem e de se tornarem” (Watson, 2002, p.104). A problemática que se enquadra no projeto proposto e que deu mote ao trabalho desenvolvido, agora exposto neste relatório, procura encontrar respostas à fonte de desarmonia emocional devido ao impacto que a hospitalização tem no adolescente. Segundo Watson (2002), a harmonia entre o corpo, mente e alma, no conjunto de todas as partes que constituem o cliente é essencial para a saúde, no qual o enfermeiro é fundamental para o estabelecimento do equilíbrio das diferentes partes do todo. A temática projetada enquadra-se nas vivências do adolescente, e como a hospitalização pode figurar como uma experiência emocional perturbadora para este, surgindo como problemática central. Os cuidados de enfermagem procuram a então o “fluir dos seus sentimentos [através do uso terapêutico das emoções] (...) elevando a energia (...) [e] ajuda a restaurar a harmonia interior enquanto contribui também para o utente e para o enfermeiro encontrarem significado na experiência” (Watson, 2002, p.103). Desta forma, o objeto de estudo expressa-se pelo desenvolvimento de intervenções no âmbito do trabalho emocional na relação de cuidados com o adolescente hospitalizado. Neste sentido será mobilizada a conceção teórica do cuidado humano de Jean Watson, que se enquadra numa perspetiva de enfermagem inscrita no Paradigma da Transformação. Também serão mobilizados referenciais teóricos essenciais para a compreensão e sustentação na evidência científica deste relatório de estágio. Destaco conceções que dão enfoque à dimensão emocional do cuidar, ancorados na conceção de trabalho emocional estudada por Pam Smith e outros estudos relevantes na esfera científica que salientam a importância do trabalho com as emoções e as suas características particulares em enfermagem pediátrica, como seja os estudos de Diogo (2006; 2012).

Este relatório tem, então, como finalidade evidenciar a mobilização da dimensão emocional do cuidar nas diferentes interações e atividades desenvolvidas no decorrer dos estágios, encontrando-se esta inter-relacionada com outras dimensões do cuidar como a fisiológica, a ética, a relacional, a experiencial e espiritual (Collière, 2003). O enfoque no trabalho emocional permite desenvolver cuidados diferenciados, individualizados e direcionados para a qualidade dos mesmos e para

a satisfação dos clientes. Ainda que a população juvenil seja o cliente que me proponho estudar, algumas intervenções serão enquadradas nas restante população pediátrica (não descurando a família enquanto unidade), procurando todo este trabalho espelhar a aquisição de competências científicas, técnicas e humanas que permitam prestar cuidados de enfermagem especializados na área da saúde infantil e pediátrica, com vista à aquisição do título de enfermeira especialista em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem [ESCJ] (DR, 2011). A obtenção do grau de mestre é também uma finalidade deste trabalho, fundamentado na evidência científica e inscrito numa orientação de enfermagem como arte e com o seu corpo de conhecimento próprio. Saliento o seu contributo para a prática de cuidados de qualidade e a satisfação do cliente, neste caso a criança/adolescente e família. A construção deste percurso formativo, e da aprendizagem que lhe é inerente, é enquadrado no modelo de formação reflexivo e construtivista, no qual a “prática reflexiva (...) [constitui] um importante meio de capacitação dos (...) profissionais de enfermagem na aquisição de um profundo conhecimento dos seus saberes e das suas práticas” (Santos & Fernandes, 2004). Neste estão patentes os diários de campo, jornais de aprendizagem (Pereira, 2001), e as diferentes atividades exploradas nos apêndices que espelham um investimento na aprendizagem, aflorando uma reflexão na e sobre a prática, fundamentada em referentes teóricos e em evidência científica.

O presente trabalho iniciar-se-á com o enquadramento concetual sobre a temática explicitada, desenvolvendo as particularidades inerentes do adolescente e suas necessidades no contexto de saúde-doença. De seguida, encontrar-se-á um capítulo dedicado à importância da problemática e pertinência do objeto de estudo. Serão aprofundados os aspetos relacionados com o percurso formativo, nomeadamente a descrição e a análise dos objetivos propostos, atividades desenvolvidas e os recursos mobilizados, articulando com os diferentes contextos de estágio. As competências adquiridas encontrar-se-ão exploradas na continuação da análise do percurso realizado. A descrição e implementação do projeto na Unidade de Adolescentes é o capítulo seguinte, tendo em conta projetos futuros que permitirão dar continuidade ao trabalho espelhado. Por fim procurar-se-á tecer considerações e algumas reflexões finais sobre a experiência na sua globalidade.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

A **adolescência** tem vindo a adquirir um enfoque crescente ao longo dos tempos, determinado pela importância das capacidades e competências a desenvolver por parte dos adolescentes, e que caracterizam este período do ciclo vital. O conceito de **adolescente** definido pela Organização Mundial de Saúde [OMS] “atribui as designações de adolescentes e de jovens aos indivíduos que têm entre 10 e 19 anos e entre 15 e 24 anos, respetivamente” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010, p.13). O conceito de adolescente será então mobilizado ao longo do trabalho, designação partilhada pela OE, e na qual me basearei, uma vez que a idade predominante nos estágios realizados se situa entre os 8-18 anos, intervalo aproximando do que se define no conceito de adolescente pelas entidades supracitadas. Além da idade, outras características são comuns aos adolescentes nesta fase. Etimologicamente adolescente deriva de “*ad+ollescere* = crescer para” (Santos, 1999, p.38), considerada uma “etapa da vida compreendida entre a infância e a fase adulta marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial” (OE, 2010, p.13), conceito partilhado por Papalia, Olds e Feldman (2009).

Com a **puberdade**, associado ao crescimento físico, também o desenvolvimento nas diferentes vertentes tem uma importância fulcral. A capacidade de desenvolver um **pensamento abstrato**, o qual Piaget denominou como estágio das *operações formais*, capacita o adolescente para a utilização de símbolos, colocação de hipóteses e relacionar conceitos (Oliveira, 2008; Papalia *et al.*, 2009). Ao adquirir esta capacidade de pensamento abstrato, e à luz da teoria de Kolberg que estudou o desenvolvimento moral, os adolescentes baseiam as suas decisões de acordo com as “expectativas de um grupo de pessoas” (Opperman & Cassandra, 2001, p.180), o qual é denominado de nível convencional. Constata-se que o adolescente, ao adquirir competências de adulto, tenha a capacidade de se distanciar das situações e refletir “tendo em conta diversos pontos de vista (...) [percebendo] a necessidade de individualizar” (Opperman & Cassandra, 2001, p.181). O desenvolvimento social estudado por Erikson encontra nesta fase do ciclo vital uma crise determinada pelo binómio da **identidade versus** confusão de papéis. Esta é caracterizada por “três

questões principais: a *escolha de uma ocupação*, a *adoção de valores* nos quais se basear e o desenvolvimento de uma *identidade sexual* satisfatória” (Papalia *et al.*, 2009, p.469). A resolução desta crise com sucesso permite a aquisição de uma virtude, caracterizada pela fidelidade e, ainda, associada ao sentimento de pertença, **construção da identidade** e confiança nos outros (Papalia, *et al.*, 2009; Sprinthall & Collins, 2011). A conjugação desta maturidade nas diferentes vertentes traduz-se no “aumento da amizade íntima entre adolescentes [refletindo o] desenvolvimento cognitivo e emocional” (Papalia *et al.*, 2009). A par desta intimidade, o desenvolvimento psicosexual estudado por Freud, caracteriza as relações íntimas e a possibilidade de iniciar relações de cariz sexual, originadas pela necessidade de satisfazer os seus impulsos sexuais, o que reforça sua necessidade de **independência** dos pais (Sprinthall & Collins, 2011). O Programa Nacional de Saúde dos Jovens 2006-2010 (Direção-Geral de Saúde [DGS], 2006) corrobora estas características como eixos de referência essenciais para o desenvolvimento harmonioso do adolescente. Existem também fatores que são considerados positivos, ou protetores para que a adolescência seja vivida de forma harmoniosa. Entre estes salienta-se a **família, grupo social, a escola e a comunidade** em que cada adolescente se insere, contribuindo para o seu fortalecimento ou fragilidade emocional (Matos *et al.*, 2010). Estes fatores encontram-se intimamente relacionados com o “desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e social. As perceções de vínculo com os outros, em casa e na escola, afetam positivamente a saúde e o bem-estar dos jovens em todos os domínios” (Papalia *et al.*, 2009, p.439).

A **condição de adolescente** é contemplada em diferentes documentos legais e oficiais, como ser de pleno de direitos e necessidades específicas. Entre estes salienta-se a Constituição da República Portuguesa (Artigo 70º, n.º 2), a Lei de Bases da Saúde Portuguesa (Base II, ponto 1, alínea c)), e diversos documentos orientadores emitidos pela DGS. Desta última entidade, sublinha-se o **Plano Nacional de Saúde [PNS] 2012-2016** que reforça a importância de incentivar para a prática de estilos de vida saudáveis, evidenciando benefícios para a saúde. As **intervenções** sugeridas englobam a promoção das relações parentais, “prevenção de comportamentos de risco, abuso e violência, apoio à saúde mental, relações saudáveis e planeamento familiar e serviços de saúde adequados ao adolescente”

(DGS, 2012, p. 6). Estas intervenções poderão ocorrer em diferentes contextos, desde familiar, escolas, comunidades, espaços de lazer ou instituições (DGS, 2012). O **Programa-Tipo de Saúde Infantil e Juvenil** (DGS, 2005) preconiza determinadas *guidelines* para a vigilância e promoção de saúde da população pediátrica e juvenil. Entre os seus diferentes objetivos, sublinho a importância focada na promoção da “auto-estima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde [de forma a] prevenir situações disruptivas” (DGS, 2005, p.8). É conhecido que se encontra em fase de apreciação um novo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (já apresentado pela Mesa do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, em janeiro de 2013), que substituirá o supracitado. Uma vez que o acima referido (DGS, 2005) ainda se encontrar em vigor, foi então mobilizado enquanto referente durante os estágios e neste Relatório.

As unidades hospitalares, especificamente, na sua adequação a esta fase do ciclo vital é também uma necessidade encontrada na literatura e na prática de cuidados. Estas deverão responder à situação de doença que despoletou a hospitalização, mas também encontrar resposta para as necessidades inerentes ao crescimento e desenvolvimento, permitindo que a hospitalização tenha um “impacto positivo nos resultados clínicos obtidos e na própria vida dos utilizadores.” (DGS, 2006, p.26). Na continuação desta premissa, a Carta da Criança Hospitalizada (2009, p.22) valoriza, no artigo 6.º, a importância de atender “as necessidades específicas dos adolescentes (...), procurando oferecer infraestruturas e possibilidades de lazer apropriadas”.

Cordeiro (2009, p.586) salienta que “a maneira como o adolescente reage, a curto, médio e longo prazo, a um internamento e cirurgia, depende da idade, mas também de experiências anteriores, do contexto familiar, do temperamento e mais uns quantos fatores pessoais e exteriores”. Além destes fatores, a vivência surge como “uma fonte de *stress* e ansiedade (...). [Porém,] é possível reduzir os efeitos negativos dessa experiência, e mesmo potencializar os seus aspetos mais enriquecedores” (Barros, 2003, p. 75). Os receios da hospitalização para um adolescente são específicos. A maioria dos adolescentes refere não ter medos, ou

quando o refere, é relativo a intervenções invasivas (Crnković, Divčić, Rotim & Čorić, 2009). Porém, mesmo não referindo o medo de sofrer e da **dor**, esta mesma preocupação é mais comum nos adolescentes do que em crianças. O sentimento de sofrimento cruza com a sua já capacidade de “compreender os processos internos do organismo e para atender a uma maior complexidade no processo de adoecer e no de curar” (Barros, 2003, p.45). No entanto, ainda o mesmo estudo de Crnković *et al.* (2009) salienta que os adolescentes encontram **suporte na equipa de saúde**, que os ajuda nas suas necessidades. A proximidade e estabelecimento de uma **relação terapêutica**, nomeadamente por parte dos enfermeiros, são considerados relevantes pelo adolescente, como ponto de apoio durante a sua hospitalização (Woodgate, 2006). Os enfermeiros encontram-se então numa posição estratégica para atenderem às necessidades dos adolescentes, especialmente as suas necessidades emocionais. Ancora-se neste ponto a necessidade de intervenção através do trabalho emocional, uma vez que a interação intencional que integra as “transações humanas do cuidar incluem o uso único que o enfermeiro faz do *Eu*, através de movimentos, sentidos, tocar, sons, palavras, cores e transmite e reflete a condição da pessoa, novamente para essa pessoa” (Watson, 2002, p.103). A utilização do *Eu* remete para o **uso terapêutico das emoções em enfermagem** (Watson, 2002; Diogo, 2012), como ferramenta de transformação de vivências emocionalmente intensas ou negativas para o adolescente e sua família em momentos e experiências de tonalidade positiva. A utilidade desta ferramenta é reconhecida pelos enfermeiros, ao refletirem sobre os cuidados que prestam (Staden, 1998).

A **interação intencional** com o adolescente é então uma componente importante para o plano terapêutico, quando este se encontra hospitalizado. A palavra **cuidar** surge com tonalidade afetiva e de proporcionar algo bom a quem cuidamos, apelando ao altruísmo e amor no contexto de cuidados, sendo um “ato de poder e beleza para nós próprios e para quem servimos [cuidamos] (Watson, 2003, p. 199). A mesma teórica defende a enfermagem “como um processo de cuidar de humano-para-humano” (Watson 2002, p.69), e fundamenta o cuidar associado à ternura, considerando neste sentido que “o processo de cuidar entre um enfermeiro e outro indivíduo é uma dádiva especial e delicada que deve ser estimada” (Watson, 2002,

p.85). O **afeto** que esta relação tem inerente proporciona a aproximação e comunicação, também esta especial, entre enfermeiro e cliente (Watson, 2002). O cuidar toma uma dimensão para além do físico, encontrando-se não só na esfera profissional, mas também na esfera “emocional, mental, experiencial, estéticas e espiritual” (Watson, 2002, p.115). A utilização das emoções como instrumento terapêutico em enfermagem, permite que o enfermeiro se consciencialize do potencial existente no seu trabalho emocional (conceito que será desenvolvido no próximo capítulo), junto do adolescente e família, permitindo o desenvolvimento de uma prática intencional e procurando a recuperação do cliente tal como o restabelecimento da sua harmonia entre corpo, mente e alma, de acordo com Watson (2002), com base no conceito de **healing**. Este conceito procura designar o “processo que conduz à saúde, restaura o equilíbrio e o balanço entre a mente e o corpo [podendo ser associado a] acontecimentos físicos ou não físicos (...). [É considerado como um dos focos centrais unificadores da enfermagem na atualidade], que designa a essência (...) da disciplina (Diogo, 2012, p.15). A união harmoniosa entre corpo e mente toca com a visão de Watson (2002, p.120), no que entende por cuidado transpessoal, associado a uma arte, a forma como os sentimentos são evocados dentro da relação do cuidar, potencia a “auto-recuperação”. A relação terapêutica é palco onde se desenrola um ambiente com vista à recuperação, cura e promoção de saúde, e que Benner (2001) apelidou também de **healing**. O enfermeiro mobiliza na sua prática esta conceção, tal como incentivar a esperança no cliente e na equipa, acreditando nestes e no seu potencial, procurar compreender cada situação e clarificá-la ao cliente e permitir ao cliente a expressão de emoções, bem como apoiá-lo e encaminhá-lo, se assim for necessário (Benner, 2001). Corroborando esta competência do enfermeiro, Watson (2002, p.120) expressa que a capacidade de deteção cuidadosa das emoções do cliente, por parte do enfermeiro, que pode “expressá-la com todo o cuidado, (...) [permitindo que] o recetor [liberte] os sentimentos que tem ansiado e desejado expressar; assim a subjetividade humana é restabelecida. Isto é o que chamo de cuidar transpessoal”.

A reciprocidade espelhada na partilha de sentimentos apela para a totalidade do enfermeiro, em diferentes dimensões, estando intimamente associado ao cuidar

transpessoal, na relação profissional (Watson, 2002). O **envolvimento** é um elemento fulcral nesta relação, no sentido que se promove “a participação de todo o eu, usando toda a dimensão da pessoa como uma fonte no relacionamento profissional” (Watson, 2002, p.115). Podemos aferir como uma derivação deste envolvimento, o uso terapêutico das emoções como defende Diogo (2012). Também Benner (2001) ilustra a necessidade de envolvimento como fonte de poder e solucionar de forma eficaz um problema. Estes, quando complexos, necessitam ser bem analisados, que aliando a sensibilidade, considera-se que “a perícia depende do envolvimento da pessoa numa dada situação (...). Sem envolvimento do cuidar, os cuidados de enfermagem não terão poder” (Benner, 2001, p.235-236). O “envolvimento emocional traduz o investimento dos enfermeiros numa ligação afetiva, proximidade, conhecimento mútuo e confiança na construção da relação com o cliente” (Diogo, 2012, p.147). O **envolvimento emocional** também é aprofundado no estudo de Morse, Bottorff, Anderson, O'Brien e Solberg, (2006), que estudou as respostas emocionais do enfermeiro, podendo estas se focar em si ou no cliente, influenciando os cuidados e a relação terapêutica. Saliento a importância da sensibilidade dos enfermeiros às necessidades e especialmente às vivências emocionais no cliente, procurando que este sinta a atenção e cuidado dirigido ao próprio (Morse *et al.*, 2006, Delaney, 2006; Diogo, 2012), o que caracteriza a **empatia emocional** que se revela em todo o processo de cuidados. Na ótica de Watson (2002), um cruzamento entre a experiência do enfermeiro e do cliente, que numa dimensão intersubjetiva, envolvendo o ato e tomada de decisão conjunta, determina a essência do cuidar transpessoal, onde a enfermagem não esquece a dignidade, a subjetividade e a humanidade inerente à condição humana.

Deseja-se então que todo este envolvimento seja determinante para que o enfermeiro procure em si, na relação terapêutica e nos seus cuidados, intervenções para que a hospitalização não espelhe um acontecimento traumático, emocionalmente intenso ou negativo no adolescente. A importância da ação, intencional, na relação de cuidados determina o significado que o adolescente fará da sua vivência, através do trabalho emocional e gestão de emoções, conceitos que serão desenvolvidos em seguida.

2. PROBLEMA E OBJETO DE ESTUDO

Tendo em conta a **temática das vivências do adolescente hospitalizado**, definida com base na bibliografia consultada, mas também na minha experiência, observação e interesse pessoal e profissional, identifico **uma experiência emocional perturbadora dos adolescentes durante a hospitalização**. Esta experiência encontra-se impregnada por diversos sentimentos/emoções. É comum a expressão de tristeza, solidão, incertezas sobre a doença/hospitalização, saudades dos amigos, preocupação com a escola (exames, testes, aulas), não comparecer aos seus eventos sociais, revolta e dificuldade de adaptação face ao internamento. Também o período de internamento, seja este breve ou prolongado, é considerado um aborrecimento apelidado frequentemente como uma “seca” (sic), para além de representar perda de controlo sobre a sua vida nas diferentes dimensões física, psicossocial, emocional, entre outras (Opperman & Cassandra, 2001). As limitações apresentadas durante o internamento aparentam ser também mais um desafio para o adolescente e para o enfermeiro. A hospitalização é então uma realidade com o potencial de ser pautada por uma vivência emocionalmente intensa ou negativa, a qual pode espelhar-se posteriormente na sua saúde, pelas significações emocionais negativas, associado ao sofrimento do adolescente, família e seus pares.

Considerando o Paradigma da Transformação, que atualmente ocupa um lugar de destaque na conceção e orientação para a prática de enfermagem, como enfermeira que cuido do cliente na sua globalidade, remete-me para uma intervenção terapêutica de abordagem holística, a qual tem em conta o todo que o cliente representa, as suas experiências, a sua saúde global e processos de saúde-doença associados. A saúde, na perspetiva de Watson (2002, p. 86), tem enfoque na “totalidade da natureza do indivíduo”. Deste modo, não podemos desvincular a experiência humana das emoções, única de cada cliente, a qual é também objeto dos cuidados de enfermagem. As intervenções terapêuticas, sustentadas no trabalho emocional que pretendo aprofundar, surgem como uma ferramenta essencial no cuidado ao adolescente e sua família, procurando transformar as experiências emocionalmente negativas ou intensas em vivências positivas e gratificantes para ambos os intervenientes, relevando o potencial do presente Relatório que espelha o

percurso que desenvolvi durante os estágios.

Como enfermeira, que procura ser sensível às necessidades de cada adolescente, e face ao problema identificado, considero então da máxima pertinência a minha atenção centrar-se no **estudo e desenvolvimento de intervenções no âmbito do trabalho emocional dos enfermeiros no processo de cuidar o adolescente hospitalizado**. O conceito de trabalho emocional tem a sua origem na sociologia e é definido como a capacidade de “induzir ou suprimir sentimentos [no enfermeiro] de forma a expressar uma determinada fisionomia exterior, e através desta produzir um determinado sentimento no outro” (Hochschild, 1983, p.7). Este conceito procura um envolvimento tal por parte de quem o utiliza como ferramenta, que abrange a mente e o sentimento, devendo ser honrado pela sua especificidade, profundo na sua essência e individualidade (Hochschild, 1983). Os elementos determinantes no trabalho emocional são tecidos pelo contacto direto facial ou vocal com o cliente; a produção de um determinado estado emocional no cliente, e permitir que através de treino e supervisão regular um grau de controlo sobre as atividades emocionais dos trabalhadores [enfermeiros] (Hochschild, 1983, p.147). Este conceito é aplicado e desenvolvido na enfermagem em estudos pioneiros realizados por Pam Smith no início dos anos 1990, que chama a atenção para a sua dupla centralidade: o enfermeiro e o cliente. Na minha experiência formativa procurei apropriar-me do desempenho do trabalho emocional com centralidade no cliente. As características do trabalho emocional são exploradas em estudos mais recentes de Gray (2009) e Gray e Smith (2009, p.253), que relevam o “potencial valor terapêutico do trabalho emocional”. Segundo o estudo de Smith (2012, p.14), o trabalho emocional encontra expressão na linguagem diária da enfermagem, “incorporado no discurso corrente de compaixão e dignidade”. Watson (2002, p.111) corrobora o este valor terapêutico do cuidar e a sua “preocupação pela dignidade e preservação da humanidade”. De facto, a evidência científica revela o desenvolvimento do trabalho emocional em enfermagem, mobilizando diversos instrumentos e capacidades dos enfermeiros, inscrito no processo de cuidar. Assim, vejamos:

- A importância da **consciencialização do trabalho emocional**, por parte do enfermeiro, envolvendo “a capacidade [de] (...) compreender e corretamente detetar

sentimentos (...) [que] pode ocorrer através de ações, palavras, comportamentos, cognição, linguagem corporal, sentimentos, pensamentos, sensação, intuição e por aí fora” (Watson, 2002, p.112). Esta permite transformar a “experiência hospitalar positiva, [inclusive para que exista uma] (...) melhor preparação para experiências posteriores do mesmo tipo” (Barros, 2003, p.75). A forma como podemos promover esta experiência emocional positiva é diversa, através da relação de cuidados estabelecida entre enfermeiro, adolescente e sua família. Tavares (2011, p. 25) salienta que “é arte quando a enfermeira, ao experimentar ou procurar compreender os sentimentos do outro, é capaz de os desvendar e de os sentir e, por sua vez, de os entender mais profundamente”. Watson (2002, p.103), considera o enfermeiro a pessoa que, por excelência, através de “movimentos, sentidos, tocar, sons, palavras, cores transmite e reflete a condição da pessoa (...) [realizando isto de tal forma que] permite a libertação e o fluir de sentimentos intersubjetivos e pensamentos, elevando a energia (...) [promovendo] a harmonia interior”.

- O **ambiente físico e acolhedor** é fulcral para a minimização do impacto emocional da hospitalização, sendo um *cartão de boas-vindas*, que se inicia no acolhimento e deve persistir ao longo do internamento. A preocupação de conservar um espaço onde não ocorre eventos traumáticos, como o quarto ou a sala de atividades, minimiza a ansiedade face aos procedimentos dolorosos (Diogo, 2012). A promoção de um “ambiente seguro e afetuoso através de um ambiente hospitalar humanizado, associado ao ambiente físico [tem] uma influência muito grande entre si e na transformação da emocionalidade vivida pelos clientes” (Diogo, 2012, p.178). Neste sentido, “as condições do contexto que identificamos são a alavanca comum que despoleta a ação/interação dos enfermeiros (...) no processo de uso terapêutico das emoções” (Diogo, 2012, p.178). O acolhimento é então um momento importante para conhecer o adolescente e estabelecer uma relação com ele e sua família, cuidador informal ou acompanhantes. Deste modo, “a entrevista ao adolescente constitui-se como oportunidade única para o conhecimento das tendências, costumes e particularidades desta população em constante mudança, de modo que as intervenções de enfermagem respondam, efetivamente, às suas necessidades de saúde e biopsicossociais” (OE, 2010, p.35).

- Como elemento do trabalho emocional, saber realizar uma **gestão emocional de antecipação**, como Diogo (2012, p. 130) explicita, promovida através de uma “postura calma e carinhosa; mostrar disponibilidade; preparação para os procedimentos; fornecer explicações/informações; favorecer a expressão de sentimentos; dar reforço positivo; distração (...)” .

- A **brincadeira e o brinquedo**, no ambiente hospitalar, é também um fator atenuante das possíveis vivências negativas, permitindo “a expressão de medos, liberta energias e envolve os outros (...) [para além de] restabelecer uma conexão com o ambiente e a sua vida antes da lesão [hospitalização].” (Zengerle-Levy, 2004, p.1267). O adolescente necessitará de algum tipo de brincadeira mais direcionadas ao seu estágio de desenvolvimento, justificado pela rejeição de formas de interação e tratamento com características infantis (Crnković *et al.*, 2009).

- A utilização do **humor** em contexto de cuidados é uma estratégia que permite *quebrar o gelo* e proporcionar ao cliente uma forma de “gerir sentimentos e ultrapassar medos, angustia e ansiedade, associados a situações desagradáveis que poderão comprometer o bem-estar” (José, 2010, p.236). Os adolescentes são particularmente sensíveis e apreciam esta forma de abordagem, pela sua capacidade de pensar de forma abstrata. A utilização do humor nos cuidados encontra também expressão através do trabalho emocional pela sua função de fuga, direcionando o foco de atenção que causa sofrimento para um sentimento satisfatório, como uma defesa psíquica (Diogo, 2006).

- A promoção dos **cuidados nutridos com afeto**, envolvendo a comunicação, empatia, postura verbal e não-verbal (tom de voz, fala, olhar, sorriso, toque), compreensão pela situação do adolescente, transmitindo-lhe segurança e bem-estar, associados ao carinho e ao sentimento de pertença, confiança e amor (Zengerle-Levy, 2004; Diogo, 2012), está associada ao conceito de trabalho emocional. Esta *dádiva de afeto* promove “o alívio do sofrimento, (...) constitui uma forma de ajuda e apoio (...), resulta numa melhor colaboração dos clientes e no desenvolvimento e consolidação da relação” (Diogo, 2012, p.128). Por outro lado, o mesmo estudo revela que “em consequência destas práticas, os clientes sentem tranquilidade, bem-estar e a perceção de não ser tão mau estar hospitalizado” (Diogo, 2012,

p.129), reforçando a possibilidade de uma vivência emocional positiva durante a hospitalização.

- A **empatia** é também considerada uma técnica afetiva, uma vez que liga ambos os sujeitos da relação de forma terapêutica, permitindo compreender mais profundamente as necessidades do adolescente (Delaney, 2006). Saliento a empatia emocional como ferramenta essencial para que as necessidades emocionais do cliente sejam sentidas pelo enfermeiro, determinando neste respostas direcionadas e que relevem no cliente o sentimento de ser cuidado e valorizado, que o enfermeiro reconhece as suas emoções como parte integrante de si e que são da maior importância para o cuidar (Morse *et al.*, 2006; Diogo, 2012).

- A **música**, como redutora do stress e estímulo imunitário, pode ser uma terapia adjuvante às medidas farmacológicas (Avers, Mathur & Kamat, 2007). Esta é também um veículo de comunicação e enriquecedor do ambiente, potenciando a cura (recuperação/equilíbrio - *heal*) e o bem-estar (Zengerle-Levy, 2004). No estudo realizado por Oliveira (2008), a alegria, descontração, divertimento, convívio e vitalidade, são sentimentos positivos que a música desperta nos adolescentes, quando adequada aos seus gostos, propiciando as relações afetivas.

- A **escrita e leitura** surgem também como um veículo de gestão das emoções, nas mais variadas formas (Raingruber, 2004). Os jornais de poesia traduzem um trabalho emocional positivo nos adolescentes, ajudando-os a lidar com sentimentos e emoções intensas (Raingruber, 2004).

Desta forma, a pertinência do objeto de estudo desperta o meu interesse. Porém, contextualizando alguma da fundamentação que aqui foi explicitada, e que tal não se esgota, esta justifica a importância e necessidade de mobilizar o trabalho emocional nos cuidados ao adolescente, nomeadamente no contexto de hospitalização, sendo esta a finalidade das atividades desenvolvidas que exponho em seguida de forma sistematizada e fundamentada. Durante o percurso formativo nos diferentes contextos de estágio, cada atividade terá uma fundamentação individualizada, inscrita nas especificidades dos contextos e na atividade em si, encontrando no seu cerne a ligação ao trabalho emocional nos cuidados de enfermagem.

3. OBJETIVOS PROPOSTOS, ATIVIDADES DESENVOLVIDAS E RECURSOS MOBILIZADOS

O percurso espelhado neste Relatório teve por base um projeto de estágio que estruturou as intervenções, atividades e reflexões nos diferentes contextos da prática de cuidados de saúde da criança e do adolescente (cronograma no Apêndice III), e pretende responder aos objetivos:

1) Desenvolver competências gerais e específicas de enfermeira especialista em ESCJ (DR, 2011).

- Mobilizar conhecimentos nas diferentes áreas da saúde da criança e do jovem.
- Mobilizar as competências gerais e específicas do enfermeiro especialista em ESCJ (DR, 2011) nos diferentes contextos da prática.

2) Desenvolver o trabalho emocional no processo de cuidados de enfermagem ao adolescente hospitalizado:

- Identificar as necessidades emocionais do adolescente hospitalizado.
- Desenvolver estratégias e intervenções terapêuticas promotoras de experiências emocionais positivas no adolescente hospitalizado.

Importa explicitar algumas escolhas efetuadas no decorrer deste percurso formativo. A escolha dos estágios foi desenhada para que a problemática e o objeto de estudo já enquadrados permitisse uma abordagem harmoniosa do tema, procurando que as experiências em cada contexto concorressem para um crescimento pessoal e profissional enquanto enfermeira. O cronograma apresentado no Apêndice III traduz o percurso formativo na sua vertente temporal e espacial, dando uma visão global das opções e do tempo dedicado a cada contexto. Este foi elaborado com base na “Matriz para análise dos planos de estudo dos Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem” (CPLEE), disponível em

<http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Paginas/Matrizparaaanalise.aspx>.

Porém, para que fosse possível desenvolver um conhecimento relativamente profundo dos contextos e sustentar as diferentes atividades realizadas num conhecimento sólido e devidamente fundamentado, nas necessidades identificadas em cada um dos estágios, foi necessário optar por não contemplar o estágio de neonatologia proposto na matriz supracitada. Esta escolha reflete o encaminhamento para a temática que me propus estudar, na qual a neonatologia implicaria uma abordagem centrada num cliente que apresenta outras especificidades que se enquadram na gravidez na adolescência (Opperman & Cassandra, 2001), cuidados críticos ao recém-nascido e o trabalho emocional nos cuidados aos pais adolescentes. Toda a complexidade de alterações que o projeto desenvolvido não abrange, pois seria exaustivo e não enquadrado no objeto de estudo proposto.

Pretendo descrever as diferentes experiências de estágio seguindo uma lógica com enfoque em cada contexto, contemplando para cada estágio uma análise pormenorizada e fundamentada dos objetivos propostos, atividades realizadas e os recursos mobilizados. Todos os estágios foram iniciados com uma reunião com enfermeira chefe e/ou com a orientadora, em que foram apresentados e discutidos os pressupostos, os objetivos e as atividades planeadas/delineadas. Consultei documentação do serviço e auscultei as necessidades e receptividade do grupo de enfermeiros quanto à problemática em estudo. Deste modo foi possível fazer um diagnóstico de situação de modo a adequar as atividades de cada estágio, tendo em conta também as necessidades das equipas.

Também saliento a visão holística dos cuidados não só nos contextos de hospitalização, mas também nos cuidados de saúde primários, onde procurei associar o trabalho emocional e a gestão das emoções (Diogo, 2012) às vivências emocionais de tonalidade positiva, incentivando a estilos de vida saudáveis e à reflexão dos adolescentes sobre a sua vida e a sua saúde. Para cada atividade desenvolvida nos diferentes contextos foi elaborado um documento que sustenta a importância da sua realização, englobando o diagnóstico de situação na contextualização, a sua finalidade/justificação, a avaliação da atividade e os

contributos da mesma para a aquisição das competências de enfermeira especialista em ESCJ (DR, 2011).

Importa ainda referir que todas as enfermeiras que me orientaram nos respetivos contextos, eram detentoras do título de especialista em saúde infantil e pediátrica, as quais tiveram um papel fundamental no trabalho aqui explicitado e nas experiências que me foram facultadas, contribuindo para uma aprendizagem rica e o desenvolvimento de atividades que procuram a divulgação e integração da dimensão emocional nos cuidados, bem como uma melhoria da qualidade dos mesmos.

3.1 – Unidade Funcional de Atendimento a Adolescentes “Aparece – Saúde Jovem”

O primeiro estágio decorreu na Unidade Funcional de Atendimento a Adolescentes “Aparece-Saúde Jovem” (a descrição deste contexto encontra-se desenvolvida no Apêndice I). Foram definidos para este estágio os seguintes objetivos:

- Identificar as necessidades do adolescente em contexto de consulta;
- Desenvolver estratégias e intervenções promotoras de experiências emocionais positivas no adolescente;
- Refletir sobre a importância da avaliação global de saúde e intervenção para a promoção de saúde.

De acordo com o **diagnóstico de situação**, após reunião com enfermeira especialista que orientou o estágio, foi elaborado do **Guia Orientador de Atividades** que se revelou muito estruturante (Apêndice II). A **observação de consultas de enfermagem e a análise crítica** destas foi uma das atividades desenvolvidas. Sugeri a realização de consultas a adolescentes, com supervisão da orientadora, uma vez que “cuidar resulta da prática e da pesquisa” (Watson, 2002, p.61). Porém, esta não foi possível de concretizar uma vez, que exigia um maior tempo de estágio. Procurei então rentabilizar a possibilidade de observar e analisar criticamente estas consultas para compreender a dinâmica da unidade e as necessidades dos

adolescentes que procuram o “Aparece-Saúde Jovem”. Desta forma, a análise estruturada das dinâmicas e de intervenções que foram relevantes enquadra-se nos **Diários de Campo I, II, III e IV** (Apêndice IV). Importa salientar a análise elaborada no **Jornal de Aprendizagem I**, que inclui reflexão sobre o trabalho emocional desenvolvido pela enfermeira especialista relativamente à sensibilidade e envolvimento emocional que foram mobilizados no decorrer da consulta (Apêndice V). A procura da identidade que caracteriza a adolescência, especialmente a descoberta da sexualidade e os comportamentos de risco associados, é condicionada pelas emoções (Papalia *et al.*, 2009). Estas influenciam as suas ações em momentos que poderão ser emocionalmente intensos, associado também às oscilações de humor que estão sujeitos (Hockenberry, Wilson & Winkelstein, 2006; Papalia *et al.*, 2009; Krettenauer, Jia & Mosleh, 2011), podendo desvalorizar e acreditar que não lhe acontecerá nada (Opperman & Cassandra, 2001), levando-o a correr riscos e a sobrevalorizar as consequências destes (Papalia *et al.*, 2009). O conhecimento que a enfermeira especialista detém sobre esta característica peculiar dos adolescentes, permite intervir de forma direcionada na sensibilização para a aquisição de estilos de vida saudáveis, procurando mobilizar as emoções com o objetivo de restaurar a harmonia entre o corpo, mente e alma (Watson, 2002).

A importância dos afetos para os adolescentes (Papalia *et al.*, 2009) poderá então constituir uma forma de cativar o cliente para a responsabilização sobre a sua saúde e as suas decisões. Procurei apelar à reflexão sobre os comportamentos, elaborando um **Painel Temático** (Apêndice IX) alusivo aos afetos e através deste incentivar a uma sexualidade responsável, com mensagens direcionadas para o respeito por si e pelos outros, e a utilização correta da contraceção, explicitando os perigos inerentes às Infecções Sexualmente Transmissíveis [IST] ou a uma gravidez não desejada. É também enfatizada a disponibilidade da equipa do “Aparece - Saúde Jovem”, onde o adolescente encontra profissionais que os ajudam na aquisição de competências pessoais e na capacitação (*empowerment*) para decidir sobre os seus interesses e a sua saúde. Este contribui para o objetivo da enfermagem, ajudando “as pessoas a ganharem um grau mais elevado de harmonia na mente, no corpo e na alma (...) [encontrando] significado na sua existência (...) promovendo o autocontrole, a escolha e a autodeterminação nas decisões de

saúde/doença” (Watson, 2002, p. 87). É então uma intervenção direcionada e intencional que é incutida na elaboração e exposição deste painel temático, procurando “contribuir para uma experiência positiva, dando armas e ferramentas para que [os adolescentes] consigam sair [ou evitar] (...) o sofrimento [e a potencial vivência de experiências de tonalidade negativa]” (Diogo, 2012, p. 131). O documento relativo a esta atividade encontra-se em Apêndice IX, onde a avaliação do mesmo também se encontra expressa, e na qual se obteve resultados bastante positivos.

A contraceção é um tema muito trabalhado nas consultas do “Aparece-Saúde Jovem”. Mesmo não sendo o motivo principal na consulta, é detetado frequentemente erros na utilização e dúvidas sobre os diferentes métodos contraceptivos, algo que constatei durante o estágio e aferido com a enfermeira orientadora. Destes, a contraceção com contraceptivo hormonal oral (pílula) encontra um leque alargado de dúvidas e erros na sua toma. Por este motivo, desenvolvi também um **Folheto Informativo** sobre este tipo específico de contraceção (Apêndice X) que pode ser distribuído durante as consultas de enfermagem e fornecido sempre que os ensinamentos forem pertinentes. Este é aliado a uma reflexão guiada pela enfermeira sobre as decisões do adolescente sobre as suas vivências, uma vez que o desenvolvimento cognitivo permite que imaginem uma “sequência de eventos que poderiam ocorrer (...) [como] consequências dos seus atos” (Hockenberry *et al.*, 2006, p.500). Esta reflexão é acompanhada pelo reforço do uso do preservativo, como único método que protege da IST (DGS, 2008), sublinhado durante a reflexão. Esta é essencial na visão de Watson (2002, p.130), que considera como um dos fatores do cuidar o “ensinar-aprender transpessoal”, que corrobora a conceção inerente ao Paradigma da Transformação, em que ambos os intervenientes são mutuamente influenciáveis e que ambos crescem desta relação única, patente no cuidar transpessoal. Na perspetiva da teórica Watson (2002, p. 106) “o enfermeiro pode entrar na experiência de outra pessoa, e o outro pode entrar na experiência do enfermeiro”. Sublinho a importância desta atividade como circunscrita ao foco preconizado pela OE (2007, p.9), relativamente ao “uso de contraceptivos”, enquadrado no resumo mínimo de dados desejados para centro de saúde.

Mesmo existindo uma intervenção incisiva na importância da contraceção, nem sempre esta tem sucesso, e a gravidez na adolescência é uma realidade. No “Aparece-Saúde Jovem”, é efetuado o acompanhamento de grávidas adolescentes. Acompanhei algumas consultas a grávidas adolescentes, e sobre as quais foi dedicado o **Diário de Campo III** (Apêndice IV), pela singularidade da situação que desencadeia riscos psicológicos e socioeconómicos (Opperman & Cassandra, 2001) e pela imaturidade associada à construção da identidade nas diferentes dimensões. A intervenção da enfermeira procura não só reforçar as competências da adolescente ou do casal, uma vez que “um papel ativo durante a gravidez (...) é benéfico a curto prazo como (...) a longo prazo” (Opperman & Cassandra, 2001, p.189). As mesmas autoras salientam que a enfermeira deve ajudar a “procurar recursos disponíveis e adequados (...) [encorajando a] identificar as pessoas que as podem apoiar” (Opperman & Cassandra, 2001, p. 189).

Toda a alteração das tarefas da adolescência e da procura pela sua identidade e autonomia transformam-se de forma abrupta pela assunção de uma gravidez. É da maior importância o enfermeiro estar desperto para esta situação e procurar minimizar o sofrimento que advém das alterações nas diferentes dimensões que a gravidez acarreta para os adolescentes. A intervenção do enfermeiro reveste-se de tal importância quanto ao trabalho emocional, como elemento que está consciente das “experiências emocionais de tonalidade negativa que dão significado ao sofrimento (...) [e por este motivo sabem] que os clientes conseguem lidar melhor com isso se forem ajudados” (Diogo, 2012, p.131). As queixas relativas aos desconfortos associados às alterações fisiológicas da gravidez eram um dos temas abordados durante a consulta, e considerei importante elaborar um **Folheto Informativo sobre os desconfortos mais comuns na gravidez** (Apêndice X). Este visa minimizar os desconfortos nesta fase (DGS, 2007), procurando que a gravidez seja um momento de crescimento e aprendizagem, sendo minimizadas ou atenuadas as emoções negativas que poderão advir de uma gravidez que traduza vivências e sentimentos negativos. A gestão das emoções da cliente, pela enfermeira procuram “a diminuição da ansiedade e do medo, permitindo tranquilizar e, deste modo, minimizam o sofrimento. É possível incrementar o sentimento de confiança fundamental no desenvolvimento da relação [terapêutica]” (Diogo 2012, p.

144). Esta relação concorre para a “parceria estabelecida com o cliente, no respeito pelas suas capacidades e na valorização do seu papel (...) que tem como objetivo ajudar o cliente a ser proativo na consecução do seu projeto de saúde” (OE, 2011). Watson (2002, p.87) corrobora a importância da relação terapêutica para que o “enfermeiro (...) [ajude] os indivíduos a encontrar significado na sua existência, na desarmonia, no sofrimento, e no tumulto, promovendo o autocontrole, a escolha e a autodeterminação nas decisões de saúde/doença”. A relação terapêutica é também sublinhada por Benner (2001) como uma das categorias de poder relacionadas com os cuidados, onde esta relação promove a esperança na equipa e no próprio cliente, procura que o cliente compreenda a situação de cuidados presente e incentiva a expressão de emoções, e nesta última saliento a dimensão emocional dos cuidados como essenciais na relação terapêutica, caracterizando-a.

Curiosamente, após a observação de uma consulta com uma adolescente que abarcava muitas das vivências que fazem parte do quotidiano do “Aparece-Saúde Jovem” e dos próprios adolescentes (Opperman & Cassandra, 2001; Papalia *et al.*, 2009) como seja a procura da sua independência e um futuro, a escola, família, a sexualidade e os afetos, gravidez na adolescência e interrupção voluntária da gravidez [IVG], surgiu-me a necessidade de elaborar um **Estudo de Caso**, que se apresenta no Apêndice VII. Este foi discutido com a enfermeira orientadora, e pela sua abrangência ao espelhar uma realidade que também a orientadora identificou como comum na sua experiência, foi-me proposto a **apresentação deste mesmo estudo de caso no XIII Curso de Formação do Aparece “Saúde dos Adolescentes – Curso de Atualização”** (Apêndice VII; Anexo I, II, IV) desenvolvido pela unidade, integrando uma sessão que abordava a temática de “Grávidas e Mães Adolescentes”. Esta atividade foi um desafio muito interessante no decorrer do estágio, uma vez que a importância que a unidade e eu própria atribuo à formação e sensibilização dos profissionais para as problemáticas inerentes à adolescência, considerando-as essenciais para que a qualidade dos cuidados a esta faixa etária seja uma realidade. Esta política de formação contínua insere-se nos padrões de qualidade preconizados pela OE (2002, p.15), uma vez que “é promotora do desenvolvimento profissional e da qualidade (...) na procura permanente da excelência no exercício profissional, o enfermeiro contribui para a máxima eficácia

na organização dos cuidados de enfermagem”. A **participação no curso** citado permitiu também que acompanhasse as restantes sessões e encontrar importantes contributos para a prática ao cuidar de adolescentes, como formanda (Apêndice VI) permitindo a aquisição de conhecimentos na área, aprofundados e vinculados à experiência e que conduziram à reflexão sobre estes. Na continuação do investimento na formação profissional, também a participação nas **conferências** sobre o tema da “**Promoção da Esperança nos Processos de Saúde-Doença**” atividade desenvolvida em Apêndice VI.

3.2. - Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados [UCSP]

No estágio na UCSP procurei diferenciar as atividades realizadas para que a vertente da avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil fosse uma realidade, colaborando nas consultas de enfermagem de saúde infantil. Este aspeto concorreu para uma abrangência de clientes em todas as faixas etárias e as suas características específicas, a fim de mobilizar a evidência científica pesquisada e experiência, de forma a adquirir as competências de enfermeira especialista em ESCJ (DR, 2011). Também o adolescente não ficou menosprezado, como cliente central na temática que procurei estudar, o acompanhamento de consultas de planeamento familiar também tiveram influência nas atividades desenvolvidas e nas reflexões elaboradas. A descrição deste contexto encontra-se em Apêndice I. A escolha da UCSP para estágio e não outra unidade com características diferentes, como por exemplo uma Unidade de Saúde Familiar prendeu-se com a existência de enfermeira especialista no contexto escolhido. Os objetivos propostos para este estágio foram:

- Refletir sobre a importância da avaliação global de saúde e intervenção para a promoção de saúde da criança e do adolescente.
- Identificar as necessidades emocionais da criança, cuidadores informais e/ou adolescente em contexto de cuidados de saúde primários.

- Desenvolver estratégias e intervenções terapêuticas promotoras de experiências emocionais positivas na criança e cuidadores informais e/ou adolescente.

De acordo com o diagnóstico de situação, após reunião com a enfermeira especialista que orientou o estágio, foi então desenvolvido o **Guia Orientador de Atividades** (Apêndice II) que estruturou o trabalho realizado. Para responder à importância da avaliação do crescimento e desenvolvimento, fulcral para a obtenção do título de enfermeira especialista em ESCJ (DR, 2011), bem como para o crescimento pessoal e profissional, desenvolvi um documento que reflete o trabalho de pesquisa e investimento neste aspeto tão importante e único do cuidar, em três **consultas efetuadas**, registo em Apêndice XII. Este documento não esgota a aprendizagem realizada, mas pretende espelhar parte do percurso desenhado, relativo à problemática em estudo. Saliento a mobilização de referenciais teóricos proeminentes nas diferentes temáticas, e a sustentação no guia orientador de boa prática de enfermagem relativamente à promoção do desenvolvimento infantil na criança (OE, 2010), também referenciado na matriz para análise dos planos de estudo dos CPLEE (OE, 2011), como contributo fundamental para a qualidade dos cuidados. Este documento foi também facultado e divulgado junto da equipa de enfermagem, como descrito em **Diário de Campo V** (Apêndice V). O foco de atenção dos cuidados de enfermagem procura responder às necessidades dos clientes e desenvolve um processo de cuidados que assenta na tomada de decisão (OE, 2011). O cuidar reveste-se então da “intervenção profissional da enfermeira junto do cliente, ou terapêutica de enfermagem, que faz parte de um processo de decisão que tem como finalidade contribuir para o bem-estar do cliente” (Basto, 2005, p. 26).

Importa definir alguns conceitos que são essenciais para a que a promoção do crescimento e desenvolvimento seja uma harmoniosa, inserida na intervenção de enfermagem como elemento sensível às necessidades da criança e seus pais ou cuidadores, aliado ao envolvimento deste nos cuidados, através da empatia emocional e o uso terapêutico das emoções, concorrendo para manter ou restabelecer a harmonia entre o corpo alma e mente do cliente (Watson, 2002;

Diogo, 2012). O conceito de parentalidade é tradutor da importância de incorporar a criança na unidade familiar, e como tal assumir a responsabilidade de promover o crescimento e desenvolvimento harmonioso deste novo elemento (OE, 2010). A enfermeira tem um papel fundamental na promoção das responsabilidades parentais e na vigilância das mesmas, tal como na vigilância do crescimento e desenvolvimento da criança que cuida e o incentivo ao estabelecimento de uma relação forte com os filhos (Hockenberry *et al.*, 2006). Saliento a vertente afetiva, intimamente ligada à promoção da parentalidade, não só integradora do bebé na família, nutrindo o carinho e sentimento de pertença por este novo elemento, mas também como organizador das responsabilidades dos pais como cuidadores, educadores e promotores do desenvolvimento harmonioso da criança (OE, 2010). A vinculação do bebé aos pais, especialmente à mãe, é também um elemento importante no desenvolvimento, acalmando-se na presença dos pais e a segurança que estes lhe incute permite explorar o ambiente que o rodeia. Da mesma forma os comportamentos do bebé não são indiferentes aos pais, procurando responder às necessidades do bebé de forma carinhosa, mostrando disponibilidade (Cepêda, Brito & Heitor, 2005; Hockenberry *et al.*, 2006). Como enfermeira, a avaliação da interação familiar e incentivo à parentalidade deverão constituir uma prioridade, bem como estar alerta para situações que constituam risco para o desenvolvimento da criança, como seja o inverso do que foi descrito acima, não existindo “contacto físico, (...) [interesse e] carinho, transmite a noção à criança que não é querida nem digna de ser amada” (OE, 2010, p. 127).

A vacinação foi também incluída no documento supracitado (Apêndice XII), e foco a importância da intervenção analisada no **Jornal de Aprendizagem II** (Apêndice V), que destaca estratégias não farmacológicas de alívio da dor através da distração, procurando minimizar a experiência emocionalmente intensa e potencialmente negativa que pode ser a vacinação. As imunizações também estão patentes no documento relativo à avaliação do crescimento e desenvolvimento, como componente essencial que determina a visão global do cliente, baseada no paradigma da transformação (Lopes, 2001) que os cuidados exigem.

As consultas de enfermagem de planeamento familiar foram também uma valência

na qual encontrei uma riqueza de intervenções a nível dos cuidados aos adolescentes, na vertente os cuidados de saúde primários. Porém, como esta valência assiste todas as faixas etárias, cingi-me aos adolescentes que compareceram nas consultas ou existia marcação prévia. Foquei também uma intervenção junto de uma adolescente, numa situação de fragilidade, em **Diário de Campo VI** (Apêndice VI). Na situação descrita, saliento a empatia emocional (Morse *et al.*, 2006; Diogo 2012), e a sensibilidade para as situações, que promove no enfermeiro a melhor forma de responder às necessidades emocionais do cliente. A dimensão emocional dos cuidados revela-se essencial quando se lida com o sofrimento do cliente (Mercadier, 2004; Diogo, 2006), permitindo encontrar estratégias que respondam às necessidades deste, de forma a restabelecer a harmonia entre o corpo, alma e mente (Watson, 2002). Ainda na linha de pensamento da teórica Watson (2002), a sensibilidade para com essas mesmas necessidades enquadra-se nos fatores do cuidar, aliados à promoção da expressão de sentimento positivos e negativos, fomentar a fé e esperança e assistir a estas mesmas necessidades de forma criativa, na resolução dos problemas que surgem no seguimento do processo de cuidar.

Procurei então desenvolver um **Poster sobre os Afetos** (Apêndice XI) que incentivasse a reflexão, apelando a temáticas que cativam os adolescentes, sendo este colocado junto do gabinete do planeamento familiar, onde os adolescentes poderão estar algum tempo a aguardar a consulta. Este **Poster** apela não só a importância do respeito por si e pelos outros, recusando qualquer forma de violência, mas também aborda a responsabilidade sobre as suas decisões, aliada a uma mensagem que procura reforçar a sua autoestima, questões reais no quotidiano dos adolescentes (Opperman & Cassandra, 2001; Hockenberry *et al.*, 2006; Papalia *et al.*, 2009). O conjunto de tópicos que reúnem fatores protetores, (Matos *et al.*, 2010), poderão contribuir para uma reflexão direcionada e fundamentada, que procura “contribuir para uma experiência positiva, dando armas e ferramentas para que [os adolescentes] consigam sair [ou evitar] (...) o sofrimento [e a potencial vivência de experiências de tonalidade negativa]” (Diogo, 2012, p. 131). Salienta-se o enfoque na equipa de enfermagem como elemento disponível para acolher o cliente, permitindo ao cliente que expresse as suas emoções, tal como apoiar e encaminhar,

face a cada situação específica (Benner, 2001). Esta disponibilidade é um pré-requisito essencial para estabelecer a relação e comunicação com o adolescente (OE, 2010) e promove a “a oportunidade de decidir como estar na relação [entre adolescente e enfermeiro], (...) [ampliando] os limites de abertura e tem a capacidade de expandir as potencialidades humanas” (Watson, 2002, p. 105). Desta última atividade, resultou a possibilidade de afixar o **Poster numa das escolas da área de abrangência da UCSP**. Porém, não foi possível trabalhar esta temática junto dos adolescentes, por limitações temporais. Esta determinação foi também alvo de um breve enquadramento na atividade relativa ao poster supracitado, figurando em Apêndice XI.

3.3. - Serviço de Urgência Pediátrica [SUP] do Hospital D. Estefânia [HDE] – Centro Hospitalar de Lisboa Central [CHLC]

A admissão no serviço de urgência é uma experiência emocional pautada, habitualmente, por uma tonalidade negativa, na qual concorre a exposição a um “ambiente estranho e ameaçador e a experiências que podem causar medo e dor” (Hockenberry *et al.*, 2006). Para o adolescente que recorre à urgência, a capacidade de compreender o seu organismo, e a doença como processo fisiológico (Barros, 2003), leva a que este tenha uma visão particular de uma admissão na urgência, compreendendo o motivo que o levou a esta e a importância de uma intervenção direcionada às suas necessidades. No entanto, é parte importante do enfermeiro conhecer as particularidades do adolescente, como um “ser único que as múltiplas dimensões formam uma unidade” (Lopes, 2001, p. 45). A descrição da unidade encontra-se em Apêndice I. Também a reunião com a enfermeira especialista que orientou o estágio permitiu estabelecer o diagnóstico de situação e desenvolvido o **Guia Orientador de Atividades** (Apêndice II). Os objetivos estabelecidos para este estágio foram:

- Identificar as necessidades emocionais do adolescente em contexto de SUP.
- Prestar cuidados de crescente complexidade à criança e adolescente em situação de urgência.

- Desenvolver estratégias e intervenções terapêuticas promotoras de experiências emocionais positivas no adolescente em contexto de SUP.
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância do trabalho emocional em enfermagem, em ambiente de SUP.

O ambiente de Urgência é tendencialmente agitado e com uma rapidez característica, onde a importância de atender às necessidades que trazem o cliente ao serviço são da maior importância. No entanto, importa não desvincular o todo que o cliente representa e como este influencia e é influenciado pelo ambiente (Lopes, 2001). Esta visão abarca a pertinência dos cuidados globais em que tive oportunidade de observar e colaborar, incluindo também a família e/ou cuidadores nos cuidados, tendo em conta a complexidade do contexto.

De facto, o enfermeiro, como elemento representado em todas as valências do SU (Apêndice I), encontra-se numa posição essencial para que as suas intervenções minimizem o impacto da experiência potencialmente intensa de tonalidade negativa para o adolescente ao ser admitido num SU. Foi elaborada uma reflexão em **Jornal de Aprendizagem III** (Apêndice V) sobre uma intervenção concreta junto de uma adolescente que se encontrava no internamento de curta duração. Esta análise fundamentada baseia-se na importância do trabalho emocional nos cuidados e na importância da expressão de emoções (Benner, 2001), ou de sentimentos positivos ou negativos (Watson, 2002), também suportando por Diogo (2012), que motiva a cliente a acreditar no seu potencial e na equipa. A gestão das emoções dos clientes concorre para que as vivências emocionais potencialmente intensas de tonalidade negativa a que o adolescente pode estar sujeito durante a hospitalização, neste caso no internamento de curta duração, sejam reduzidas, encontrando na disponibilidade, nas explicações dadas, na promoção da expressão de sentimentos, na empatia emocional, também associada à sensibilidade vigilante e ao cuidados nutridos com afeto, que lhe transmite confiança, segurança e bem-estar, e potencia o autocontrolo (Morse *et al.*, 2006; Woodgate, 2006; Diogo, 2012).

A importância de enquadrar o trabalho emocional nos cuidados, especificamente com a população adolescente, levou-me a considerar a pertinência de desenvolver um **Algoritmo de Atuação** (Apêndice XIV). Este instrumento permite enquadrar a

experiência do cliente na relação de cuidados, sendo esta privilegiada como um “momento de aproximação (...) [que] oferece às duas pessoas a oportunidade de decidir como estar na relação [e] o que fazer com esse momento (...) no qual ambas as pessoas estão envolvidas” (Watson, 2002, p. 105-106). Desta forma, a par da relação terapêutica que procura ajudar o cliente e promover “o auto-controle, a escolha e a autodeterminação nas decisões de saúde/doença” (Watson, 2002, p.87), considero que o **Algoritmo** elaborado promoveu na prática de cuidados uma inovadora forma de cuidar dos adolescentes, ao direcionar as suas ações/interações para as reais necessidades do adolescente, conforme a apreciação do seu estado emocional, mas também traz à esfera científica uma perspectiva nova e diferente sobre o trabalho emocional na população adolescente. Por este motivo, foi elaborado um artigo científico, com o objetivo de divulgar o instrumento elaborado, na expectativa de enriquecer o panorama científico e despertar o interesse e a importância do trabalho emocional nos cuidados de enfermagem.

Importa também destacar a gestão das emoções dos clientes, como componente da dimensão emocional dos cuidados (Diogo, 2012). As vivências emocionais potencialmente intensas, poderão desencadear situações tradutoras de picos emocionais, que se poderão expressar devido à fragilidade do momento, conflitos pontuais que gera um ambiente de hostilidade (Diogo, 2012), como é descrito em **Diário de Campo VIII** (Apêndice IV). Este ambiente torna-se também emocionalmente esgotante para o enfermeiro, tornando difícil a gestão das suas emoções e as dos outros. Deste modo, procurei fortalecer a equipa de enfermagem através da sua sensibilização para a importância do trabalho emocional nos cuidados. Sou apologista do que Smith (2012, p. 12) revelou no seu estudo ao afirmar que o trabalho emocional desenvolvido “é muitas vezes inconsciente ou semi-consciente”.

Desenvolvi uma **Formação em Serviço** (Apêndice XIII) onde salientei a importância e desempenho do trabalho emocional nos cuidados. Mobilizei nesta formação o estudo de Diogo (2012), por apresentar uma conotação atual e direcionada para os cuidados de enfermagem à população pediátrica, encontrando neste uma forte relação com a prática de cuidados diária, na qual se inscreve muito do que

caracteriza o trabalho emocional e corrobora o estudo de Smith (2012), pela dimensão emocional inconsciente mas, no entanto, muito vincada nos cuidados. Foi desenvolvido uma **Grelha de Observação** (Apêndice XIII) adaptada também da evidência científica emergente do estudo de Diogo (2012), e que permitiu individualizar a formação à prática observada durante o estágio e enquadrar a equipa nos cuidados que já são familiares, valorizando a dimensão emocional dos mesmos. Importa salientar que procurei focar toda a população pediátrica, uma vez que o SUP abrange esta na sua totalidade ainda que mantendo um diapositivo exclusivamente para individualizar algumas estratégias direcionadas para ao adolescente. Não só a vertente emocional dos cuidados foi explorada, mas também a disponibilidade emocional dos enfermeiros para cuidar (Diogo, 2012), procurando reforçar a equipa para a valorização profissional dos cuidados prestados à luz do uso terapêutico das suas emoções e a forma como estas são geridas (Diogo, 2006).

Foi também facultado um **Dossier de Artigos** (Apêndice XV), o qual inclui nove artigos que procuram focar a importância da dimensão emocional nos cuidados, bem como conceitos essenciais e estratégias que estão ligados ao trabalho emocional, despertando o leitor para o seu enquadramento nos cuidados, na promoção de uma experiência emocional positiva junto dos clientes.

3.4. - Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos [UCIP] do HDE – CHLC

O estágio em contexto de UCIP permitiu-me uma apropriação das vivências não só da criança ou adolescente mas também a sua família, que envolvem uma hospitalização nesta unidade, associadas a uma situação crítica que necessita de uma vigilância intensa e muitas vezes tradutora de grande ansiedade, tristeza, nomeadamente stress emocional (Aldridge, 2005; Hockenberry *et al.*, 2006) e o medo, como foco enquadrado no resumo mínimo de dados no hospital, área de assistência às crianças (OE, 2007). Neste sentido, propus como objetivos neste estágio:

- Prestar cuidados de crescente complexidade à criança e adolescente hospitalizado numa UCIP;

- Identificar as necessidades emocionais do adolescente e pais ou cuidadores em contexto de Cuidados Intensivos Pediátricos.
- Desenvolver estratégias e intervenções terapêuticas promotoras de experiências emocionais positivas no cliente, criança ou adolescente e cuidadores em contexto de Cuidados Intensivos Pediátricos;
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância do trabalho emocional em enfermagem, em ambiente de Cuidados Intensivos Pediátricos.

À semelhança dos restantes estágios, a reunião com a enfermeira orientadora permitiu discutir os objetivos e as atividades propostas, e a partir desta o diagnóstico de situação estabelecido foi elaborado o **Guia Orientador de Atividades** (Apêndice II). A descrição do serviço encontra-se em Apêndice I.

Ao estar desperta para os eventos emocionalmente intensos que envolvem a admissão e hospitalização de um cliente numa UCIP (Aldridge, 2005; Hockenberry *et al.*, 2006), o contexto e os cuidados prestados durante o estágio levaram-me a refletir sobre os cuidados e as necessidades dos clientes, bem como a sua complexidade, nas quais o enfermeiro poderá dar um contributo na minimização do impacto da hospitalização num ambiente que tem o potencial de gerar emoções de tonalidade negativa (Aldridge, 2005; Diogo, 2012). Desta forma, os **Diários de Campo IX, X e XI** (Apêndice IV), onde é analisado o desempenho do trabalho emocional neste contexto de cuidados pediátricos, revela que os enfermeiros estão atentos às necessidades emocionais quer da criança ou adolescente, quer dos seus pais ou cuidadores. Esta consideração do cliente nos cuidados, como único (Lopes, 2001), concorre para que os clientes encontrem significado nesta experiência, para que mesmo quando existe um desequilíbrio na harmonia entre o corpo, mente e alma, o enfermeiro procura restabelecer o mais possível um estado de bem-estar e recuperação, inserido no conceito de *healing*. (Watson, 2002).

A permanência dos pais ou pessoas significativas junto da criança ou adolescente corrobora a filosofia dos cuidados centrados na família, sendo a família uma constante na vida da criança e esta como elemento único e que influencia a unidade familiar (Harrison, 2010). Na perspetiva da teórica Watson (2002), inserida no

paradigma da transformação, a reciprocidade entre estes elementos é determinante, pois são influenciados e influenciáveis. O enfermeiro encontra sentido nesta relação, ao proporcionar a inclusão da família nos cuidados à criança ou adolescente (Harrison, 2010), como também se encontra patente nos diários de campo já citados. Importa também definir a parceria de cuidados, expressa como fundamentais para o enfermeiro na relação terapêutica (OE, 2011). A parceria que o enfermeiro estabelece com o cliente e/ou seus familiares inscreve-se na evidência com parâmetros essenciais para o seu sucesso, entre eles a apresentação de uma atitude positiva e aberta à comunicação, especialmente à negociação dos cuidados entre os familiares ou mesmo com os adolescentes (Lee, 2007). Esta comunicação deve ser esclarecedora, para que possibilitar o envolvimento dos pais nos cuidados, mantendo um nível de negociação que proporcione bem-estar não só à criança e família mas à equipa que envolve os familiares nos cuidados, concorrendo para a satisfação de todos os intervenientes (Lee, 2007). Os fatores do cuidar, explicitados por Watson (2002, p.130), procuram integrar processos que “afirmam a subjetividade das pessoas e leva a mudanças positivas de bem-estar dos outros, (...) [permitindo também] que o enfermeiro beneficie e cresça”, concorrendo para que se estabeleça a harmonia e bem-estar desejados, enquadrados no processo de decisão que envolve os cuidados (Basto, 2005; OE, 2011). Esta interação com tonalidade positiva está patente nos **Diários de Campo IX, X e XI** (Apêndice IV), em diferentes perspetivas, bem como no **Jornal de Aprendizagem IV** (Apêndice V).

A temática dos cuidados centrados na família encontra expressão nos **Diários de Campo** que foram elaborados (Apêndice IV), bem como no **Jornal de Aprendizagem IV** (Apêndice V), o qual é direcionado para uma situação que foca o adolescente com doença crónica e os cuidados ao adolescente e sua família, hospitalizado numa UCIP, ainda que com características peculiares, na qual importa a perspetiva do cliente e sua família como únicos. A empatia emocional (Diogo 2012) que me tornou sensível às emoções dos pais e à importância também de cuidar destes, como enquadrado no conceito de cuidados centrados na família, complementa os cuidados nutridos com afeto, procurando estar sensível às necessidades dos pais (Aldridge, 2005; Diogo, 2012).

As atividades desenvolvidas neste estágio procuraram também sensibilizar a equipa para o trabalho emocional e a sua importância nos cuidados. Como já havia sido verificado, à semelhança da equipa do SU, também a dimensão emocional dos cuidados se enquadra numa prática “inconsciente ou semi-consciente” (Smith, 2012, p. 12). Por este motivo foi também desenvolvida uma **Ação de Formação sobre o trabalho emocional** nos cuidados à criança e adolescente (Apêndice XIII). A abrangência da população pediátrica fez-me sentido uma vez que a UCIP recebe crianças e adolescentes de todas as idades, desde o primeiro mês de vida. Foi utilizada a apresentação elaborada para a formação em serviço no SU, com base no estudo de Diogo (2012). Porém, a **Grelha de Observação** construída (Apêndice XIII) foi um instrumento que permitiu individualizar a sessão com situações observadas e experimentadas no quotidiano de cuidados. Essencialmente situações que já foram descritas em diário de campo e outras que foram contempladas no decorrer do estágio.

A **aplicação do Algoritmo de Atuação sobre o Trabalho Emocional com o Adolescente na UCIP** (Apêndice XIV), enquadra-se também na utilidade deste junto dos enfermeiros que cuidam de adolescentes, fazendo sentido a sua aplicação neste contexto, procurando promover no cliente um “controlo e auto-restabelecimento no qual um sentimento de harmonia interior é restituído, apesar das circunstâncias externas” (Watson, 2002, p. 96), como seja a hospitalização numa UCIP. A apresentação do algoritmo à equipa foi realizada durante a formação em serviço.

3.5 - Unidade de Adolescentes do HDE - CHLC

A hospitalização para o adolescente é encarada como perda de controlo nos diferentes níveis da sua vida psicossocial, emocional e na intensa procura pela identidade e autonomia (Hockenberry *et al.*, 2006). Ao ficar confinado a um internamento, o cliente geralmente tem uma perspetiva que algo não está bem consigo, compreendendo os processos que levam ao adoecer e recuperação (Barros, 2003). É então na intervenção do enfermeiro, pautada pela sensibilidade às necessidades emocionais do cliente que se encontra a chave para que a

hospitalização não determine uma experiência negativa na vida do adolescente, mas sim uma oportunidade de crescimento e fortalecimento da sua identidade, a par do desenvolvimento também do enfermeiro, como relação recíproca que se estabelece (Watson, 2002; Diogo, 2012). Posto isto, são os objetivos deste estágio:

- Prestar cuidados ao adolescente hospitalizado.
- Identificar as necessidades emocionais do adolescente em contexto de hospitalização.
- Desenvolver estratégias e intervenções terapêuticas promotoras de experiências emocionais positivas no cliente em contexto de hospitalização.
- Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância do trabalho emocional nos cuidados de enfermagem ao adolescente e/ou criança hospitalizado e seus cuidadores informais.

Foi elaborado também o Guia Orientador de Atividades (Apêndice I), estruturante para os objetivos e atividades propostas para o estágio, enquadrado na reunião com a enfermeira orientadora, que permitiu estabelecer o diagnóstico de situação. Para este diagnóstico saliento também o meu conhecimento prévio da unidade, como profissional que integra a equipa de enfermagem e presta cuidados aos clientes, sendo conhecedora da dinâmica e das necessidades que os clientes habitualmente expressam, o que permitiu uma reflexão atempada sobre as atividades a desenvolver.

Saliento o envolvimento emocional como uma ferramenta essencial para estabelecer a relação de cuidados (Morse *et al.*, 2006; Diogo, 2012). Este envolvimento permite uma ligação afetiva e de proximidade (Diogo, 2012) permitindo a individualização dos cuidados. Os adolescentes são sensíveis ao envolvimento emocional, onde o interesse pelo cliente nos cuidados está patente, e concorre para a empatia emocional, que torna o enfermeiro sensível às necessidades emocionais (Diogo, 2012) do adolescente. A própria empatia é descrita como uma estratégia para a satisfação do cliente, expressa nos padrões de qualidade da OE (2002). O **Jornal de Aprendizagem V** (Apêndice V), e o **Diário de Campo XII** (Apêndice IV) expressa esta ligação afetiva tão importante nos cuidados, e mesmo quando ela não existe,

pode ser trabalhada pelo enfermeiro de modo a que os resultados na experiência emocional do adolescente são atenuados os aspetos negativos e valorizados os aspetos positivos. De facto, como Watson (2002, p.89) expressa, as emoções são “as janelas da (...) alma [do cliente]”, sendo estas uma forma de aceder ao corpo e alma, atendendo sobretudo à dignidade e respeito pela pessoa única que é cuidada, na relação terapêutica.

Com base nas características do adolescente nesta fase, a sua procura pela autonomia, a sua introspeção e reflexões sobre o que o rodeia, a capacidade de mobilizar um pensamento abstrato e as suas relações sociais e íntimas (Opperman & Cassandra, 2001; Hockenberry *et al.*, 2006; Papalia *et al.* 2009), e mobilizando a evidência científica mobilizada, a qual expressa a essência e importância do trabalho emocional em enfermagem, encontro estratégias, instrumentos e capacidades que os enfermeiros mobilizam no cuidar do adolescente e que se inscrevem na minha prática e na prática da equipa de enfermagem da Unidade de Adolescentes. Mais uma vez, a mobilização destas estratégias não é percebida ou identificada de forma totalmente consciente corroborando o estudo de Smith (2012). Desta forma a realização de uma **Ação de Formação** para a equipa de enfermagem, explorando a temática do trabalho emocional (Apêndice XIII), sendo que neste contexto foram apenas exploradas as estratégias que mais se adequam aos adolescentes. No seguimento da sensibilização da equipa para o trabalho emocional, também a **Aplicação do Algoritmo de Atuação em Enfermagem sobre o Trabalho Emocional em Adolescentes** (Apêndice XIV) faz todo o sentido, pela Unidade de Adolescentes ser por excelência uma unidade de internamento que recebe a população adolescente, procurando que os seus cuidados sejam determinados pela qualidade e melhoria contínua destes. Como já foi referida a empatia, nomeadamente a empatia emocional como expressa nos cuidados contribui para a satisfação do cliente (OE, 2001), mas também a oportunidade de incentivar a promoção de estilos de vida saudáveis, fornecendo informação que promova no adolescente a reflexão e, conseqüentemente, a aquisição de novas capacidades, assente na promoção de saúde, concorrendo para que o cliente alcance o seu máximo potencial de saúde (OE, 2001). A **exposição do Poster “Os Jovens e os Afetos”** (Apêndice XI) procura incentivar esta reflexão, através de temas e

estratégias para cativar o adolescente.

O adolescente hospitalizado apresenta também receios que vão para além da perda de controlo da sua vida nos diferentes níveis (Hockenberry *et al.*, 2006). As intervenções invasivas e o receio da dor (Crnković *et al.* 2009) estão também patentes nas emoções potencialmente intensas, associadas à hospitalização. Porém, a proximidade e estabelecimento de uma relação terapêutica, nomeadamente por parte dos enfermeiros, é valorizado pelo adolescente, como ponto de apoio durante a sua hospitalização (Woodgate, 2006). Neste sentido o trabalho emocional expresso no **Jornal de Aprendizagem V** (Apêndice V) e os **Diários de Campo XII, XIII e XIV** (Apêndice IV) são o espelho de uma relação que se estabelece e procura de alguma forma a promoção do auto-cuidado e bem-estar, essencial para a qualidade dos cuidados (OE, 2001). Conhecendo também a importância dos adolescentes expressarem as suas emoções, permitindo gerir estas (Diogo, 2012) de diferentes formas, escrevendo, desenhando, entre outras (Raingruber, 2004; Cordeiro 2009; Papalia *et al.* 2009), procurei dinamizar o “**Jornal Jovem**” (Apêndice XVI), um folheto em forma de revista que procura divulgar os trabalhos que os adolescentes vão desenvolvendo durante a hospitalização ou que por sua vontade elaboram um contributo voluntário e anónimo através de escrita ou outras formas de inspiração e que é publicado no “**Jornal Jovem**”. Saliento o contributo do “Jornal Jovem” para atenuar as vivências emocionalmente intensas, permitindo a expressão de sentimentos e o alívio da pressão, associados à hospitalização. Este jornal converge então para a expressão de sentimentos, sendo um canal de informação sobre o que de bom existe no internamento, ou o que foi desenvolvido durante o período que nele permaneceram, na perspetiva de outros adolescentes que já estiveram hospitalizados na unidade. Esta intervenção, é intencionada a que quem está hospitalizado encontre uma forma de distração, participando em projetos que também sejam estimulantes (Hockenberry *et al.*, 2006) e que as vivências potencialmente intensas sejam transformadas em vivências positivas e gratificantes para os diferentes intervenientes, adolescentes hospitalizado hoje, o adolescente hospitalizado amanhã e a equipa de enfermagem. É neste contexto que procuro que a enfermagem se evidencie “como um processo de cuidar de humano-para-humano” (Watson, 2002, p. 69), reforçado pela situação analisada

no **Jornal de Aprendizagem V** (Apêndice V).

Saliento que todo o estudo e investimento nas atividades e reflexões, durante os estágios, contribuiu para a aquisição de competências comuns e específicas de enfermeira ESCJ (DR, 2011), que serão alvo de reflexão em seguida. Porém, direciono a importância das atividades desenvolvidas deste último estágio na Unidade de Adolescentes para o desenvolvimento de um projeto onde a dimensão emocional é uma realidade, divulgada junto da equipa e através das atividades elaboradas, encontrando nestas as bases que sustentam a estrutura de um projeto a ser continuado na Unidade de Adolescentes, e que aqui se iniciou. Este projeto será explicitado e fundamentado com mais pormenor no capítulo 5.

4. AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS

O percurso realizado e aqui espelhado determina um investimento que procura a aquisição das competências comuns e específicas de enfermeira especialista em ESCJ (DR, 2011). O conceito de competência é enquadrado no “saber mobilizar recursos cognitivos disponíveis para decidir sobre a melhor estratégia de ação perante uma situação concreta (OE, 2009, p. 11). Em cada estágio procurei responder às necessidades do mesmo e propor atividades que promovessem a harmonia dos cuidados aos clientes que recorrem a cada contexto, procurando salientar nas minhas ações e intervenções e na equipa de enfermagem a dimensão emocional do cuidar, e a importância desta para os cuidados. Relativamente à problemática e o objeto de estudo já então explicitados, as respostas direcionadas para às implicações da hospitalização, como fonte de desarmonia e fragilidade emocional no adolescente contribuíram para que o projeto específico que será explicitado adiante, e que também influenciaram a aquisição de competências. A qualidade encontra-se também transversal aos diferentes domínios da enfermagem, já regulamentada pelos padrões de qualidade lançados pela OE, que visa a satisfação do cliente, a promoção da saúde, o seu bem-estar e autocuidado, bem como a sua readaptação funcional (OE, 2002). As competências comuns que figuram como essenciais, determinadas pela OE, serão primeiramente alvo de análise, e de seguida darei enfoque às competências específicas de enfermeira especialista em ESCJ (DR, 2011).

O desenvolvimento de uma “prática profissional e ética no campo de intervenção” (DR, 2011, p.8649) que me propus estudar engloba a tomada de decisão com base em valores éticos e deontológicos. Todo o processo de enfermagem encontra expressão e se revê no Código Deontológico (OE, 2003), como sustentação importante, a par do respeito pela dignidade e humanidade do outro (Watson, 2002). O adolescente, como já sendo referido ao longo do trabalho exige que o respeito pelo seu corpo e pela sua pessoa seja real, esperando do enfermeiro o respeito pela sua intimidade e o direito à confidencialidade. Relevo algumas situações específicas confinadas ao Algoritmo de Atuação sobre o trabalho emocional com o adolescente,

o qual expressa muito do que é esperado pelo adolescente e como o enfermeiro deve proceder, tendo em atenção toda a confidencialidade e respeito pelo todo que o cliente representa, num perspetiva baseada no paradigma da transformação (Lopes, 2001), sendo estes valores transmitidos às equipas de enfermagem através das formações em serviço efetuadas, e os documentos que foram disponibilizados, como pode ser encontrado nos diferentes apêndices. Também as consultas de enfermagem descritas ao longo dos diários de campo, em jornal de aprendizagem procuram atender ao respeito pelo cliente. A resolução de problemas está também suportada nos valores e normas deontológicos, encontrando na negociação com o cliente uma importante ferramenta que possibilita não só atender às reais necessidades do cliente, mas também identificar as respostas mais apropriadas e individualizadas à situação e ao cliente, procurando estabelecer um “processo de cuidar criativo na resolução de problemas” (Watson, 2002, p. 130).

Procurei também enquadrar uma perspetiva jurídica quando necessário, salientando a mobilização deste aspeto no estudo de caso. Toda a tomada de decisão ao identificar situações de desarmonia emocional no adolescente e as atividades que concorreram para restabelecer o equilíbrio entre o corpo mente e alma (Watson, 2002), através das emoções o uso terapêutico das mesmas (Diogo, 2012), patentes no “Jornal Jovem”, o Painel e os Posters desenvolvidos e expostos e a própria sensibilização das equipas de enfermagem em ações de formação espelham a tomada de decisão, atendendo a complexidade da temática e sua especificidade, ao projetá-la nos diferentes contextos e conseguir mobilizar as diferentes atividades, devidamente fundamentadas, junto não só da população infantil e juvenil mas também junto das equipas. Foi um desafio que assumi, e que considero ter liderado de forma efetiva, em que a avaliação das mesmas resume um ganho importante para os cuidados e para a qualidade dos mesmos. Neste sentido a promoção de “práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (DR, 2011, p. 8650) é não só na consciencialização do respeito e da dignidade como valor único inerente ao cliente, mas também na divulgação, proteção e incorporação destes valores na prática, individual e da equipa de enfermagem, também patente nas diferentes atividades realizadas. Procuro então salvaguardar a segurança, privacidade e dignidade do cliente como essência do

cuidar, mobilizando os conceitos inerentes a estes e intervindo se detetar alguma incongruência que coloque em causa o cliente, família ou comunidade. De acordo com Watson (2002, p. 60) “o cuidar envolve uma filosofia de compromisso moral direcionado para a proteção da dignidade humana e preservação da humanidade”.

As atividades desenvolvidas, e aqui analisadas, encontra um forte vínculo no processo de tomada de decisão, como tem sido explicitado, no qual foi incorporado os resultados da investigação na minha prática, essencial para a qualidade dos cuidados prestados (OE, 2001). A evidência científica ocupa destaque em todo este percurso, e no qual é fundamentado o “papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégias institucionais” (DR, 2011, p. 8650). O projeto que procurarei continuar a desenvolver, expresso no próximo capítulo, é tradutor da minha participação no projeto institucional para a melhoria da qualidade dos cuidados do mesmo. Porém, já integro alguns projetos, como elemento da equipa de enfermagem que também contribui para a melhoria contínua dos cuidados, como seja projetos que avaliam e monitorizam úlceras por pressão, as quedas, avaliação dos processos clínicos, entre outros que a equipa se encontra uniformemente envolvida. Este projeto específico está para além da visão académica que lhe está inerente, procurando através deste incorporar conhecimentos que visem a qualidade da prática, nomeadamente a dimensão emocional dos cuidados, que estudei e aprofundei, a qual procuro e procurarei divulgar, promovendo a incorporação destes conhecimentos na “área da qualidade na prestação de cuidados” (DR, 2011, p. 8651).

Todo este trabalho concorre para a concretização, gestão e colaboração em programas de melhoria contínua da qualidade (DR, 2011). Como dinamizadora do projeto que aqui iniciei, também este se enquadra nos programas da melhoria contínua da qualidade o qual foi planeado, fundamentado e encontra em mim a dinamizadora e divulgadora do mesmo, consciente da sua influência nos cuidados através da formação, supervisão e avaliação dos mesmos, sustentados também na evidência e nos guias de boas práticas, que também foram mobilizados neste percurso, concorrendo para a qualidade dos cuidados, através da satisfação dos clientes e a minimização do impacto negativo da hospitalização do cliente, elemento

também salientado como promotor da qualidade dos cuidados (OE, 2001). A promoção de um ambiente seguro (DR, 2011), ao qual acrescento afetuosidade (Diogo, 2012), como já foi referido no decorrer da análise do presente percurso, através das diferentes estratégias exploradas e tão mobilizadas nos Jornais de Aprendizagem, Diários de Campo e noutras atividades, como elemento vinculado aos cuidados e à empatia [emocional] como elemento essencial na prestação de cuidados, vinculado à satisfação do cliente como padrão de qualidade dos cuidados (OE, 2001). De facto, a promoção de um “ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo” (DR, 2011, p. 8651) é uma unidade de competência com a qual identifico a dimensão emocional e o trabalho emocional vinculado aos cuidados como uma ferramenta com conotação positiva e que permite a recuperação de forma harmoniosa (Diogo, 2012), bem como defender o cliente quando a avaliação como enfermeira assim o exige (Benner, 2001). Um dos fatores do cuidar inscritos na teoria de Watson (2002, p. 130) procura que o processo de cuidar se enquadre num “ambiente sustentador, protetor, e/ou corretivo mentalmente, fisicamente, socialmente e espiritualmente”, que corrobora a competência presente. O ambiente seguro para a equipa de enfermagem determina neste aspeto a possibilidade de estar emocionalmente disponível para cuidar, o que procura também a própria satisfação do enfermeiro, importante para a qualidade dos cuidados (OE, 2001), mas também que este esteja mais atento às particularidades da relação e também da sua prática.

Como tem vindo a ser descrito, também a gestão de cuidados, nomeadamente inserido no projeto e atividades desenvolvidas, na qual procuro otimizar a resposta da equipa e a própria articulação com a equipa multidisciplinar (DR, 2011) é uma realidade. Não só com a equipa médica (Diário de Campo VII, em Apêndice IV), no qual destaco a reflexão inerente às intervenções interdependentes e as autónomas, que figura no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [REPE], mas também como componente essencial nos cuidados a articulação com outros elementos, como seja a participação da educadora nos trabalhos elaborados no “Jornal Jovem”. Neste último aspeto saliento a intencionalidade dos cuidados e da atividade associada ao “Jornal Jovem”, como forma de favorecer uma resposta direcionada às necessidades dos clientes, ainda que com a colaboração da

educadora, mas com a intencionalidade de minimizar o impacto negativo da hospitalização no adolescente, procurada no estudo e trabalho efetuado, distingue a minha intervenção e os cuidados associados a este, patente no Jornal de Aprendizagem V, a importância deste para a satisfação do cliente e qualidade dos cuidados.

As competências ligadas ao domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (DR, 2011) têm vindo a ser um investimento que me acompanha desde o curso de licenciatura em enfermagem. A procura do autoconhecimento e da prática baseada em conhecimentos sólidos e padrões reconhecidos como essenciais à prática dos cuidados de enfermagem são espelhados não só pelo presente percurso académico, mas também pelo trabalho contínuo que tenho efetuado até chegar ao momento presente. Toda pesquisa e estudo aqui efetuado e o produto deste, expresso nas atividades e reflexões, bem como na avaliação destes, é tradutor da fundamentação consistente que considero essencial para a qualidade dos cuidados, como recurso e como determinante para o debate científico e evolução dos cuidados de enfermagem, como ciência e como arte (Watson, 2002).

As competências específicas do enfermeiro especialista em ESCJ (DR, 2011) tomam então destaque no trabalho desenvolvido. A competência salientada pela assistência à “criança/jovem com a sua família, na maximização da sua saúde” enquadra-se na parceria de cuidar, inerente à relação terapêutica analisada no decorrer do presente relatório, e na qual se baseia os cuidados de enfermagem, não só inscrita na matriz para a análise dos planos de estudo dos CPLEE (OE, 2011), mas também pela vinculação ao cerne da enfermagem, como respeito pelo cliente e consequentemente pela sua dignidade. Desta forma, a implementação do projeto a que me propus, procura dar visibilidade à parentalidade, desenvolvido no documento relativo à avaliação do desenvolvimento infantil, e sobretudo que a reinserção social do adolescente, quer seja durante a hospitalização, patente nas atividades desenvolvidas, mas também em contexto de cuidados de saúde primários, apelando à reflexão e a estilos de vida saudáveis, à esperança em si e na equipa de enfermagem, na qual a palestra assistida revelou-se importante para incutir a reflexão e uma visão abrangente sobre esta e as suas consequências nos cuidados.

A negociação também se enquadra na reflexão junto do adolescente, uma vez que integra a individualização dos cuidados e incute a vontade consciente de este participar ativamente nos cuidados.

Procurei também encontrar formas de abranger o adolescente na comunidade, através da proposta de trabalhar a temática dos afetos numa das escolas da UCSP. Ainda que esta não tenha sido viável, espelha a tomada de decisão e a importância de procurar trabalhar em parceria com agentes da comunidade (DR, 2011), neste caso os professores, “no sentido da melhoria da acessibilidade (...) [do] jovem aos cuidados de saúde” (DR, 2011, p. 8654). Para tal, a própria comunicação é adaptada, de forma a possibilitar que o adolescente se sinta valorizado e desta forma levá-lo à reflexão, ainda que também seja do meu conhecimento que a mudança de comportamento, quando é necessário e reconhecido pelo cliente, exige um trabalho exaustivo e de acompanhamento contínuo, como é explicitado no guia orientador de boas práticas da OE, relativamente à entrevista com o adolescente (OE, 2010). As situações de risco que poderão existir fazem também parte da minha prática diária, e que para além da deteção de situações tradutoras de mal-estar ou fragilidade emocional, estou consciente de todas as outras dimensões que englobam o cliente, como seja as dimensões física, social, estética e moral (Watson, 2002), respeitando-as e respondendo a estas de forma direcionada. Muitas foram as aprendizagens nos contextos analisados no corpo do relatório e em apêndice, e não se esgota aqui os ganhos para os cuidados que agora desejo serem especializados e conducentes à melhoria contínua da qualidade dos mesmos. A crescente complexidade das situações de cuidados vividas contribuiu para que mobilizasse novos conhecimentos adquiridos nas pesquisas bibliográficas e que foram postos em prática, mesmo que estes tenham sido observados, foram analisados cuidadosamente à luz da evidência científica e expressados através de documentos reflexivos. Desta forma a gestão da dor, enquadrada no *Jornal de Aprendizagem II*, o acompanhamento da criança e adolescente com doença crónica e a adaptação deste e da família à sua condição encontram-se expressos em Diários de Campo e nos Jornais de Aprendizagem, nomeadamente os que estão agregados aos estágios em contexto hospitalar.

Os cuidados específicos às necessidades da criança e jovem nas diferentes fases do ciclo de vida são também ilustrados ao longo do relatório e apêndices. Desde os cuidados ao recém-nascido, e a promoção da parentalidade e vinculação desde cedo, patente no Documento relativo à Avaliação do Desenvolvimento Infantil e Juvenil, e os cuidados analisados a diferentes faixas etárias procuram responder à unidade de competência da promoção do crescimento e desenvolvimento infantil e do recém-nascido (DR, 2011, p.8655). Porém, saliento a adolescência como faixa etária onde foco o objeto de estudo do meu projeto e na qual incidi o trabalho realizado. A comunicação com o adolescente, com as suas características peculiares enquadra-se na unidade de competência que procura apelar à comunicação de forma intencional ao estágio de desenvolvimento do mesmo, bem como a sua família, conhecendo as necessidades particulares do adolescente e direcionando este conhecimento para um cuidar individualizado. Sobretudo a “promoção da auto-estima e auto-determinação nas escolhas relativas à sua saúde são visíveis no relatório e no trabalho desenvolvido, enquadrado na promoção de estilos de vida saudáveis, na negociação do seu contrato de saúde e na tomada de decisão responsável face às suas escolhas e à sua saúde, DR, 2011). Esta negociação dos cuidados permite que ambos os intervenientes decidam como pretendem estar na relação de cuidados (Watson, 2002) e como esta os pode beneficiar.

Uma análise desenvolvida, relativa aos contributos deste percurso formativo para a aquisição das competências de enfermeira especialista em ESCJ (DR, 2011) encontra-se expressa de forma individual nos Apêndices.

5. PROJETO FUTURO

O Projeto desenhado pretende dar continuidade aos objetivos propostos no estágio na Unidade de Adolescentes. Este contempla intervenções não só junto dos adolescentes hospitalizados, mais também um investimento na sensibilização dos enfermeiros sobre o trabalho emocional, procurando que a equipa se consciencialize integralmente da importância da dimensão emocional dos cuidados, mas também que os próprios elementos da equipa possam regular a sua disposição emocional para cuidar. Com base em todo o enquadramento teórico já referenciado, o projeto já implementado na Unidade de Adolescentes procura dinamizar os seguintes aspetos:

- A sensibilização da equipa passará por agendamento de nova **Ação de Formação** com características idênticas à realizada na Unidade. A sessão realizada durante o estágio não contemplou todos os elementos da equipa de enfermagem, e muitos destes estão interessados em complementar e adquirir conhecimentos sobre o trabalho emocional em enfermagem. Este facto deve-se à divulgação que foi realizada por mim durante o estágio e no decorrer do horário laboral, procurando, quando possível, exemplificar a existência da dimensão emocional nos cuidados.
- A integração do **Algoritmo de Atuação sobre o Trabalho Emocional em Enfermagem com o Adolescente**. Ainda que este já se encontra afixado no serviço, em local específico, a sua apresentação durante a próxima formação em serviço será explorada, onde os benefícios da mobilização deste instrumento serão ressaltados. Porém, a própria equipa vai tomando consciência deste e lendo-o atentamente quando existe disponibilidade, sendo já alvo de valorização por parte da equipa como um elemento que expressa muito do que já é mobilizado nos cuidados junto dos adolescentes.
- A publicação de um Artigo Científico, com base no **Algoritmo de Atuação sobre o trabalho emocional em enfermagem com o adolescente**, e no qual saliento a coautoria fundamental da professora orientadora Doutora Paula Diogo na sua elaboração. Este artigo traduz a importância do percurso formativo e o investimento realizado, encontrando neste um contributo determinante para a evolução e corpo de conhecimentos próprios de enfermagem, que se destaca como ciência e como arte.

- A continuidade do “**Jornal Jovem**”, cuja edição se prevê semestral, e a qual ficará à minha responsabilidade. Porém, para além do contributo essencial dos adolescentes, pois é por eles e para eles que o jornal foi criado, também apelei ao contributo da equipa de enfermagem para que também elabore artigos que possam ser apelativos aos jovens e incuta a reflexão sobre os estilos de vida, ou escreva sobre um tema ou um desenho fotografia, enquadrando-se também no tema livre que é proposto também aos adolescentes. A possibilidade do enfermeiro escrever também poderá ser uma forma de lidar com as suas emoções, ainda que não seja de forma confidencial uma mensagem para os adolescentes pode ser uma expressão de afeto e de interesse pelas suas emoções. Optei por escrever um poema, por ser uma forma particular de expressar as minhas emoções e neste os adolescentes são uma constante na minha vida profissional, o que me levou a refletir e dedicar o poema a estes. A escrita é um poderoso organizador do pensamento e uma estratégia para regular a disposição emocional para cuidar, por parte do enfermeiro (Diogo, 2012), enquadrada na gestão dessas mesmas emoções ao “desenvolver consciência do seu sentir e do seu agir” (Diogo, 2006, p. 206).

Posteriormente ao estágio, e à implementação das atividades já referidas, a enfermeira chefe propôs-me assumir a responsabilidade pela **dinamização da sala de atividades**, dando continuidade ao trabalho de forma fundamentada, procurando não só trabalhar o “**Jornal Jovem**”, mas também incentivar os adolescentes ao convívio saudável, propondo atividades em grupo e individuais, mediante a oferta e possibilidades existentes. Também a existência de um *e-mail* da Unidade que não era mobilizado, sendo agora também dinamizado por mim, após proposta junto da chefia. O *e-mail* figura no folheto entregue aquando o acolhimento na Unidade de Adolescentes, e poderá ser uma forma de comunicação preferencial dos adolescentes com a unidade e seus profissionais, para os assuntos que estes considerarem pertinentes. A resposta ou encaminhamento para outros profissionais pode ser feito, no entanto importa que nenhum contacto fique sem resposta. Idealmente programei consultar o e-mail uma vez por semana, mas esta depende do conteúdo e das necessidades que cada contacto exige.

6. CONSIDERAÇÕES E REFLEXÕES FINAIS

O percurso formativo aqui apresentado e analisado, que determinou um investimento pessoal e profissional de grande dimensão, encontra então sentido no projeto desenvolvido e que carinhosamente abraço. Delineei um percurso pessoal e profissional que considero ter-me conduzido à aprendizagem, crescimento e desenvolvimento desejados, ainda que face às atividades e reflexões elaboradas, existe sempre algo mais que pudesse ser acrescentado. Neste sentido, não é um projeto terminado, mas sim iniciado, no qual encontrei um caminho que me entusiasmou e certamente será apreciado pelos clientes para o qual este projeto foi criado - os adolescentes.

Benner (2001) enuncia o poder dos cuidados de enfermagem, aliados à relação que se estabelece. O trabalho emocional com os adolescentes encontra expressão no poder transformativo do cuidar, atenuando ou minimizando o impacto da hospitalização e promovendo sentimentos positivos sobre o internamento (Diogo, 2012), enquadrado na possibilidade deste reintegrar o cliente na sociedade ou no seu ambiente, através da reflexão e da sensibilidade do enfermeiro para as necessidades do cliente. Esta reintegração é possível graças à individualização dos cuidados, procurando formas criativas de superar os problemas (Watson, 2002), inscrito na capacidade do enfermeiro resolver os problemas. Também a possibilidade de ser mediador na relação, tendo a capacidade de encontrar formas de melhorar a condição do cliente, seja ela por ações/ interações, como seja o caso da aplicação do algoritmo de atuação, como seja mediador ente o cliente e familiares outras entidades ou profissionais.

O poder da participação, salientando o envolvimento nos cuidados e o uso terapêutico das emoções (Morse *et al.*, 2006; Diogo, 2012), por parte do enfermeiro como importante fator como valorização do cliente, “através (...) [da] experiência moralmente gratificante, (...) [a] enfermeira afirma a sua identidade (...) transmitindo a sua força ao [cliente]” (Benner, 2001, p. 235). Todo este envolvimento e dádiva de afeto (Diogo, 2012) só é possível na relação terapêutica, essencial para a recuperação e para a promoção de saúde, associado ao conceito de *healing*,

procurando promover a pro-atividade do cliente no seu projeto de saúde (OE, 2011).

Neste sentido, o presente Relatório encontra sentido para as competências comuns e específicas de enfermeira especialista em ESCJ (DR, 2011), expressas no percurso fundamentado em evidência científica, e que não se esgota, pois a temática explorada carece de mais trabalhos científicos, ainda que já se vislumbre alguns contributos importantes e sustentam a importância da dimensão emocional dos cuidados.

Por último, o presente Relatório proporciona então ferramentas para a continuação de um trabalho que dá resposta à complexidade dos cuidados à criança, adolescente e sua família, inserido na continuidade de cuidados e na importância do trabalho emocional para a qualidade dos mesmos. Mantenho o desejo de continuar a aprender e a poder *dar a aprender* o meu melhor na experiência de cuidar, enquadrando de forma ativa a formação e o crescimento pessoal e profissional que foi possível desenvolver nesta experiência académica.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aldridge, M. (2005). Decreasing Parental Stress in the Pediatric Intensive Care Unit: One Unit's Experience. *Critical Care Nurse*, 25(6), 40-49.

Avers, L., Mathur, A. & Kamat, D. (2007, Setembro). Music Therapy in Pediatrics. *Clinical Pediatrics*. 46 (7), 575-579.

Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica, Perspectiva Desenvolvimentalista* (2.^a Edição). Lisboa: Editora Climpesi.

Basto, M. (2005, Janeiro/Junho). Da (in)visibilidade do trabalho das enfermeiras à produção de saberes em enfermagem: cuidados prestados num centro de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23(1), 25-41.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito, Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. (Vol. N.º 3). Coimbra: Quarteto Editora.

Cepêda, T.; Brito, I. & Heitor, M. (2006). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais*. (D.-G. d. Saúde, Ed.) Lisboa.

Collière, M-F. (2003). *Cuidar... A primeira Arte da Vida* (2.^a Edição). Loures: Lusociência.

Constituição da República. Disponível em: <http://www.parlamento.pt/Legislacao/Documents/constpt2005.pdf>

Cordeiro, M. (2009). *O Grande Livro do Adolescente*. Lisboa: A Esfera dos Livros.

Criança, I. d. A. (2009). *Anotações Carta da Criança Hospitalizada* (2.^a Edição). (I. d. A. Criança) Lisboa.

Crnković, M., Divčić, B., Rotim, Ž. & Čorić, J. (2009) – Emotions and Experiences of Hospitalized School age Patients. *Acta Clin Croat*, 48(2), 125-135.

Delaney, K. (2006). Top 10 Mileu Interventions for Inpatient Child/Adolescent Treatment. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 19(4), pp. 203-214.

Diogo, P. (2006). *A Vida Emocional do Enfermeiro – Uma Perspectiva Emotivo-Vivencial da prática de Cuidados*. Coimbra: Formasau.

Diogo, P. (2012). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica, Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. Loures: Lusociência.

Enfermeiros, O. d. (2002, Setembro). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual; Enunciados Descritivos*. (O. d. Enfermeiros, Ed.) Lisboa.

Enfermeiros, O. d. (2003, Maio). *Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários*. (O. d. Enfermeiros, Ed.) Lisboa.

Enfermeiros, O. d. (2007). Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório Central de Dados da Saúde. Recuperado em 11 de Fevereiro de 2013, em <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Paginas/SIE.aspx>

Enfermeiros, O. d. (2009, Dezembro). *Sistema de Individualização das especialidades clínicas em enfermagem- perfil de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista*. (O. d. Enfermeiros, Ed.) Lisboa.

Enfermeiros, O. d. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* (Série I, N.º3, Vol. 1). (O. d. Enfermeiros, Ed.) Lisboa.

Enfermeiros, O. d. (2011). *Matriz para análise dos planos de estudo dos Cursos de Pós-Licenciatura de Especialização em Enfermagem*, disponível em <http://www.ordemenfermeiros.pt/AEnfermagem/Paginas/Matrizparaaanalise.aspx>.

Gray, B. (2009). The Emotional Labour of Nursing – Defining and Managing Emotions in Nursing Work. *Nurse Education Today*, 29, 168-175.

Gray, B. & Smith, P. (2009). Emotional Labour and the clinical settings of nursing care: the perspectives of nurses in east London. *Nurse Education in Practice*, (9), pp.253-261.

Harrison, T. (2010). Family-Centered Pediatric Nursing Care: State of the Science. *Journal of Pediatric Nursing*, 25, 335-343.

Hochschild, A. (1983). *The Managed Hearth. Commercialization of Human Feeling*. Berkeley: University of California Press, Ltd.

Hockenberry, M; Wilson, D. & Winkelstein, M. (2006). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (7.ª Edição). Rio de Janeiro: Elsevier.

José, H. (2010). *Resposta Humana ao Humor: Humor como Resposta Humana*. Loures: Lusociência.

Krettenauer, T.; Jia, F. & Mosleh, M. (2011). The Role of Emotion Expectancies in Adolescents' Moral Decision Making. *Journal of Experimental Child Psychology*, 108, 358-370.

Lee, P. (2007). What does partnership in care mean for children's nurses?. *Journal of Clinical Nursing*, 16, 518-526.

Lei de Bases da Saúde. Disponível em: <http://www.min-saude.pt/portal/conteudos/a+saude+em+portugal/politica+da+saude/enquadramento+legal/leibasessaude.htm>

Lisboa, E. S. d. E. d. (2013, Fevereiro). *Programa de Unidade Curricular: Estágio com Relatório*. Recuperado em 20 de Março de 2013 em http://www.esel.pt/ESEL/PT/Formacao/Mestrados/PlanoEstudos/PE_Pediatria.htm

Lopes, M. (2001). *Concepções e Desenvolvimento Sócio-Moral: Alguns dados e Implicações* (2.ª Edição). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros

Matos, M., Simões C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Ramiro, L., et al. (2010). *Aventura Social & Saúde: A Saúde dos Adolescentes Portugueses, Relatório do Estudo HBSC 2010*. Lisboa: Aventura Social e Saúde.

Mercadier, C. (2004). *O Trabalho Emocional dos Prestadores de Cuidados em Meio Hospitalar*. Loures: Lusociência.

Morse, J. M.; Bottorff, J.; Anderson, G.; O'Brien, B. & Solberg, S. (2006). Beyond Empathy: Expanding Expressions of Caring. *Journal of Advanced Nursing Compliation*. 30th Aniversary Issue, Blackwell Publishing Ltd., pp. 75-87;

Oliveira, A. (2008). *Ilusões na Idade das Emoções, Representações Sociais da Morte, do Suicídio e da Música na Adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Opperman, S. & Cassandra, K. (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Loures: Lusociência.

Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (2009). *O Mundo da Criança, da Infância à Adolescência* (11.ª Edição). São Paulo: McGraw-Hill.

Pereira, E. (2001, Agosto). Diários de Aprendizagem – Promoção da Reflexão na Prática Clínica. *Revista Investigação em Enfermagem* (4), pp. 12-19.

Raingruber, B. (2004, Janeiro-Março). Using Poetry to Discover and Share Significant Meanings in Child and Adolescent Mental Health Nursing. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 17 (1), 13-20.

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República n.º 35 – II Série*. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República n.º 35 – II Série*. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde da Criança e do Jovem. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Santos, E. & Fernandes, A. (2004, Março). Prática Reflexiva: Guia para a Reflexão Estruturada. *Revista Referência*,(11), pp. 59-62.

Santos, I. (1999, Setembro). Alcoolismo na Adolescência – Que intervenção?. *Nursing*, (13), pp. 38-39.

Saúde, D.-G. d. (2005). *Saúde Infantil e Juvenil, Programa-Tipo de Actuação*. (2.ª Edição ed., Vol. 12). (D.-G. d. Saúde, Ed.) Lisboa.

Saúde, D. -G. d. (2006). *Programa Nacional de Saúde dos Jovens 2006-2010*. (D.-G. d. Saúde, Ed.) Lisboa.

Saúde, D.-G. d. (2007). *A Gravidez da Adolescente*. (2.^a Edição ed.). (D.-G. d. Saúde, Ed.) Lisboa.

Saúde, D.-G. d. (2008). *Saúde Reprodutiva Planeamento Familiar*. (D.-G. d. Saúde, Ed.) Lisboa.

Saúde, D. -G. d. (2012). Objetivo para o Sistema de Saúde - Promover Contextos Favoráveis à Saúde ao Longo do Ciclo de Vida. *Plano Nacional de Saúde 2012-2016* (D.-G. d. Saúde, Ed.) Lisboa. Recuperado em 11 de Fevereiro de 2012 em <http://pns.dgs.pt/pns-2012-2016/>

Smith, P. (2012). *The Emotional Labour of Nursing Revisited: Can Nurses Still Care?* (2.^a Edição). Hampshire: Palgrave Macmillan.

Sprinthall, N. Collins, W. (2011). *Psicologia do Adolescente, Uma Abordagem Desenvolvimentista* (5.^a Edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Staden, H. (1998). Alertness to the needs of others: a study of the emotional labour of caring. *Journal of Advanced Nursing*, 27, 147-156.

Tavares, P. (2011). *Acolher Brincando, A brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Loures: Lusociência.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar, Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Watson, J. (2003, Julho-Setembro). Love and Caring. Ethics of Face and Hand – An Invitation to Return to the Heart and Soul of Nursing and our Deep Humanity. *Nursing Administration Quarterly*, 27 (3), pp. 197-202.

Woodgate, R. (2006). The Importance of Being There: Perspectives of Social Support by Adolescents with Cancer. *Journal of Pediatric Oncology Cancer*, 23 (3), 122-134.

Zengerle-Levy, K. (2004, Setembro). Practices that Facilitate Critically Burned Children's Holistic Healing. *Qualitative Health Research*, 14 (9), 1255-1275.

ANEXOS

Anexo I

Certificado de Formadora no “XIII Curso de Formação do Aparece “Saúde dos
Adolescentes – Curso de Atualização”

CERTIFICADO

Certifica-se que MARDA DÃO FENEIMA LAEIRO,
“GAMVLOAS É MÃES ADOLESCENTES” com a apresentação de um Caso Clínico no dia 23 de Outubro de
2012, no XIII Curso de Formação do Aparece “Saúde dos Adolescentes – Curso de Atualização”.

Lisboa, 24 de Outubro de 2012.

Coordenadora do APARECE

Maria **CENSO DE SAÚDE DA LAPA**
Dr.ª Maria de São José Tavares
Coordenadora
Dra Maria de São José Tavares

Anexo II

Programa do “XIII Curso de Formação do Aparece “Saúde dos Adolescentes –
Curso de Atualização”

OBJECTIVO GERAL

- Promover a melhoria de conhecimentos e competências na área da saúde dos adolescentes.

OBJECTIVOS ESPECIFICOS

- Divulgar a experiência e boas práticas do Aparece Jovem, como Centro de Referência nos Cuidados de Saúde Primários, na área da adolescência;
- Reforçar a articulação entre UCSP / USF com o Aparece, Saúde Jovem, prioritariamente no ACES GLIII - Lisboa Central;

PÚBLICO - ALVO

- Médicos, Enfermeiros, Psicólogos e Técnicos do Serviço Social de todos os ACES de Lisboa, prioritariamente do ACES GL III - Lisboa Central.

METODOLOGIA

- Formação teórica atualizada, consubstanciada nos casos clínicos dos formadores;
- Abordagem multidisciplinar dos temas;
- Espaço de debate para casos clínicos dos formados (15 min./sessão).

LOCAL

Auditório do Hospital Militar - Av. Infante Santo (antes de chegar à Basílica da Estrela, lado dto.)

COMISSÃO ORGANIZADORA

Anabela Miranda (Aparece, Saúde Jovem)
Carolina Cavaleiro Sanches (Aparece, Saúde Jovem)
Isabel Lametras (Hospital Forças Armadas/Aparece, Saúde Jovem)

Maria de São José Tavares (Aparece, Saúde Jovem)
Maria Teresa Gomes (Aparece, Saúde Jovem)
Marília Ramos (Aparece, Saúde Jovem)



Rua de Buenos Aires, n.º 27 R/ch Dto.
1200-122 LISBOA Tel. 213932470
Fax. 213932480

E-mail: aparece.caa@cslapa.min-saude.pt



PROGRAMA

23 de outubro (terça-feira)

- 09.00h – Mesa de Abertura - Boas-Vindas**
Presidente da mesa: Comandante Albuquerque e Sousa (HEAR);
Dr. José d'Almeida Gonçalves (Diretor-Executivo, ACES GLIII—Lisboa Central);
Dra. Sandra Barros (Administradora UAG, ACES GLIII—Lisboa Central);
Enf.^a Ana Chambel (Enfermeira-Chefe, UCSP de Coração de Jesus — ACES GLIII-Lisboa Central);
Mária de São José Almeida Tavares (Coordenadora da UCSP-Aparece, Saúde Jovem — ACES GLIII—LC).
- 09.30h – 10.00h – Ser Adolescente Nos Nossos Dias**
- Dra. Conceição Tavares Almeida (UCSP de Oeiras).
- 10.00h – 10.30h – Sexualidade e Contraceção Na Adolescência - casos clínicos**
- Dra. Joana Bettencourt (USF-Delta / Estagiária UCSP-Aparece, Saúde Jovem, 2012)
- Dra. Susana Moura Silva (UCSP-Aparece, Saúde Jovem)
- 10.30h – 11.30h – Grávidas e Mães Adolescentes do Aparece, Saúde Jovem - casos clínicos**
- Dra. Inês Ferro (UCSP de Coração de Jesus)
- Enf.^a Maria João Caetano (Estagiária UCSP-Aparece, Saúde Jovem / HDE)
- Enf.^a Marília Ramos (UCSP-Aparece, Saúde Jovem)
- Dra. Fernanda Silva - (UCSP de Sete Rios/UCSP-Aparece, Saúde Jovem)
- Dra. Carmen Arranhado (UCSP-Aparece, Saúde Jovem)
- 11.30h – 12.00h – Apresentação do Trabalho de Investigação na Área da Sexualidade (Jovens Adolescentes da UCSP-Aparece, Saúde Jovem)**
- Dr. Ricardo Nogueira (FML)

12.15h – 13.00h – DST na Adolescência— casos clínicos

- Dra. Jacinta Azevedo (Consulta de DST Lapa, Subunidade da URAP do ACES GLIII-LC)
- Dra. Sílvia Aleixo (UCSP-Aparece, Saúde Jovem/ CAD da Lapa)

13.00h – 14.00h – Almoço livre

14.00h – 15.00h – Psicofármacos na Infância e Adolescência — casos clínicos

- Dr. Eduardo Banito (UCSP da Luz Soriano/UCSP-Aparece, Saúde Jovem)

15.00h – 15.15h – Intervalo

15.15h – 16.00h - Famílias com Adolescentes Intervenção Familiar - casos clínicos

- Dra. Alice Gonçalves (UCSP do Lumiar/ UCSP-Aparece, Saúde Jovem)
- Dra. Maria São José Tavares - (UCSP-Aparece, Saúde Jovem)
- Dra. Susana Gonçalves - (UCSP-Aparece, Saúde Jovem)

16.00h – 17.00h - Histórias de adolescentes... Casos clínicos dos formandos

- Dra. Maria de Fátima Paiva / Enf.^a Susana Lopes (USF do Forte);
 - Dr. Luís Oliveira Soares (USF das Tílias);
 - Enf. José Manuel Cardoso (UCC do Cacém Care);
 - Dra. Sonia Neves (UCSP de Sintra—Pêro Pinheiro);
 - Dra. Elsa Antunes (UCSP de Marvila).
- Moderador: Dra. Maria de São José Tavares (UCSP-Aparece, Saúde Jovem)

24 de outubro (quarta-feira)

- 09.30h – 10.30h – Avaliação do Desenvolvimento do Adolescente— casos clínicos**
- Professora Doutora Helena Fonseca - (HSM do CHLN EPE)

10.30h – 11.00h – Intervalo

- 11.00h – 13.00h – Alterações do Comportamento Alimentar Obesidade/Anorexia/Bulimia no Adolescente — casos clínicos**

- Professora Doutora Helena Fonseca (HSM do CHLN EPE)
- Dr. Pedro Dias Ferreira (HSM do CHLN EPE)
- Dra. Cláudia Almeida - (Clínica de Sta. Catarina de Siena)

13.00h – 14.00h – Almoço livre

- 14.00h – 15.30h – Experiência de Uma Parceria no Aparece na Área da Intervenção e Capacitação Familiar - Associação Aprender em Parceria (A Par)**

- Professora Doutora Emília Nabuco (A PAR)
- Dra. Carmen Arranhado (UCSP-Aparece, Saúde Jovem)
- Dra. Patrícia Várzea (Estagiária Psic. UCSP-Aparece, Saúde Jovem)
- Dra. Ana Pereira (Estagiária Psic. UCSP-Aparece, Saúde Jovem)
- Enf.^a Ivone Ornelas (UCSP-Aparece, Saúde Jovem)
- Dra. Carolina Cavaleiro Sanches (UCSP-Aparece, Saúde Jovem)

15.30h – 15.45h – Intervalo

- 15.45h – 17.00h – Tabagismo e Cessação Tabágica nos Jovens - experiência dos últimos 3 anos no UCSP-Aparece, Saúde Jovem - casos clínicos**
- Dra. Maria de São José Tavares - (UCSP-Aparece, Saúde Jovem)

17.00h – 17.30h - Concerto de Encerramento

Anexo III

Certificado de Formanda no “XIII Curso de Formação do Aparece “Saúde dos
Adolescentes – Curso de Atualização”

CERTIFICADO

Certifica-se que MARCA DOÃO FERREIRA CAEIRO
esteve presente no XIII Curso de Formação do Aparece “Saúde dos Adolescentes – Curso de Atualização”, nos dias 23
e 24 de Outubro, com a duração de 14 horas.

Lisboa, 24 de Outubro de 2012

Coordenadora do APARECE

MINISTÉRIO DA SAÚDE
APARECE
M.ª Maria de São José Tavares
C. ATENDIMENTO À SAÚDE
R. BOMFIM, 27 R/CH DTO. 1200-122 LISBOA

Dra Maria de São José Tavares

Anexo IV

Carta da Diretora do “Aparece-Saúde Jovem” sobre o estágio realizado

Ciclo de Conferências

“Saber mais sobre...”



UNIVERSIDADE CATÓLICA PORTUGUESA
INSTITUTO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE

“Promoção da Esperança nos Processos de Saúde-Doença”

Prof^{ta} Doutora Zaida Charepe

Professora Assistente, ICS-UCP

25 Outubro 2012

Certificamos que

Maria João Ferreira Coimbra

esteve presente na Conferência da Prof^a Doutora Zaida Charepe, sobre o tema “*Promoção da Esperança nos Processos de Saúde-Doença*”, realizada no dia 25 de outubro de 2012.

Esta conferência inseriu-se no **Ciclo de Conferências “Saber mais sobre...”**, organizado pelo Instituto de Ciências da Saúde da Universidade Católica Portuguesa.

Lisboa, 25 de outubro de 2012

O Diretor

Prof. Doutor Alexandre Castro Caldas

Conselho de Enfermagem – Conceptualização da Prática Clínica

Parecer do CE N.º 248 / 2010 – Avaliação da visão e da audição (O CE adopta na íntegra o Parecer n.º 22 / 2009 / CEESIP)

Enf.ª Amélia José Monteiro, Enf.ª Arminda Monteiro e Enf.ª Francisco Mendes, vogais e vogal suplente da Comissão de Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (CEESIP)

1. A questão colocada

«...tenho sido desde há muito tempo questionada sobre quem faz o rastreio da visão, audição.»

2. Fundamentação

2.1. Enquadramento do exercício profissional

A clarificação do espaço de intervenção de Enfermagem, no âmbito dos cuidados de saúde, tem por base um quadro de referência orientador do exercício profissional dos enfermeiros em qualquer contexto de acção e que está assente nos seguintes pilares: o Código Deontológico do Enfermeiro, os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem e as Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais. Para além destes documentos constitutivos do quadro de referência, o Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros (REPE) constitui-se como um documento essencial para a prática do exercício profissional de Enfermagem, porque salvaguarda, no essencial, os aspectos que permitem a cada enfermeiro fundamentar a sua intervenção enquanto profissional de saúde, com autonomia (Decreto-Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro).

Todas as profissões da saúde se preocupam com as questões éticas e com o quadro deontológico do respectivo exercício profissional, centradas sobretudo no utente dos cuidados. É cada vez mais claro que a prestação de cuidados de saúde globais está aquém da capacidade de uma profissão, exigindo-se uma abordagem multidisciplinar e multiprofissional (...), respeitando os limites impostos pela área de competência de cada uma.

Os limites das competências dos profissionais são, em determinadas circunstâncias, ténues, havendo territórios «cinzentos» em que não está assim tão claro a quem compete fazer o quê. Não parece que a resolução passe por estabelecer uma hierarquia assente no poder formal, mas na hierarquia técnica, na complementaridade e solidariedade, onde a tomada de decisão, no melhor interesse e benefício do cliente, é tomada por quem, em determinado momento, está melhor preparado para intervir. Os deveres e as responsabilidades dos profissionais centram-se na garantia dos direitos da pessoa assistida, com respeito pela dignidade do colega da equipa multiprofissional, numa assumpção partilhada de responsabilidades e riscos (Nunes et al, 2005: 152-155).



A seguir, providenciar o local adequado para a aplicação do teste:

- Ter no mínimo cinco metros de espaço livre;
- Ter boa iluminação, sem ofuscar (a luz deve vir de trás ou dos lados da criança que será testada);
- Ausência de barulho e sem estímulos que desviem a atenção do aluno.

Tomadas estas primeiras providências, procede-se do seguinte modo:

- Colocar a escala de modo que a linha correspondente à acuidade 1.0 fique ao nível dos olhos da criança, quando sentada;
- Riscar no chão uma linha à distância de cinco metros, para indicar onde o aluno deverá colocar-se durante a aplicação da escala;
- Colocar uma cadeira com os pés traseiros sobre a linha riscada no chão;
- Apontar os «E» de preferência, com lápis preto.

O profissional deve explicar detalhadamente o que vai fazer, mostrando as diferentes posições nas quais os «E» aparecem na tabela. Individualmente explicar ao aluno, junto à escala, o que se espera que ele faça, mostrando um ou dois «E» e verificando se ele entendeu bem o que foi pedido. À distância de cinco metros, colocar o aluno sentado numa cadeira, em frente à escala. Ensinar a cobrir um olho com o cartão, colocado obliquamente sobre o nariz, sem pressionar o globo ocular (o olho deve permanecer aberto). Quanto à aplicação propriamente dita, são necessários os seguintes cuidados:

- Se a criança usar óculos, realizar o teste primeiro com eles e depois sem eles;
- Testar sempre o olho direito (O.D.) primeiro e depois o esquerdo (O.E.), para evitar confusão nas anotações;
- Usar lápis preto, ou ponteiro, para indicar o sinal a ser lido;
- Começar de cima para baixo indicando dois ou três sinais de linha, sem estabelecer rotina;
- Mudar de um sinal para o outro, ritmicamente, evitando apressar o aluno, mas sem demorar demasiadamente;
- Mostrar o maior número de sinais das linhas 0,9 e 1,0;
- Se a criança ficar indecisa em determinada linha, indicar um

número maior de sinais, para certificar se é realmente falha de visão;

- Anotar como resultado do teste, o valor decimal correspondente à última linha em que não encontrou dificuldade, registrando separadamente os resultados de O.D. e O.E. Exemplo: O.D.= 1,0 O.E.= 0,8;
- Quando a criança não enxergar os sinais maiores – linha 0,1 – registrar «<0,1» (menor do que 0,1);
- Registrar na coluna de observações, sinais ou sintomas percebidos durante o teste, bem como se o aluno estiver em tratamento oftalmológico;
- Encaminhar para o oftalmologista, prioritariamente, o aluno que obteve no teste resultado igual ou inferior a 0,8 em qualquer olho, ou que apresente diferença de duas linhas ou mais entre os resultados de um e de outro olho.

Antes de fazer o encaminhamento, deve realizar-se o «reteste», usando a mesma técnica descrita, para confirmação do resultado.

Na escolha do método para avaliar a audição é preciso ter em conta determinados indicadores de déficit auditivo: pais preocupados, antecedentes familiares de surdez, antecedentes pessoais de rubéola no período gestacional, grande prematuridade, trauma obstétrico, anoxia perinatal, manutenção prolongada na incubadora e icterícia neo-natal não fisiológica, malformação congénita do ouvido externo, *fácies adenóideu*, rinite alérgica, otites de repetição ou otorreia crónica, alterações da fala, neurofibromatose tipo II / doenças neurodegenerativas ou meningite. As crianças que se incluem nestes indicadores de déficit auditivo devem ser encaminhadas para observação em Otorrinolaringologia (ORL) e estudo audiológico, audiograma e / ou impedância (Vasquez, 2000; HPC, 2006).

Nas crianças e jovens, o rastreio da capacidade auditiva é realizado por meio de métodos subjectivos que possibilitam investigar a audição periférica e central. Os mais frequentes são os testes logométricos (T.L.) e o uso de diapasões (acumetria). No entanto, a audiometria tonal é o teste mais usado por avaliar a sensibilidade auditiva (Pires e Guedes, 2005).

Quanto ao T.L., é comumente utilizado o teste «clássico» de lista de palavras e frases, que consiste na leitura de uma lista de palavras

Da deontologia profissional, deveres em geral, o enfermeiro deve exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de Enfermagem. Do Código Deontológico do Enfermeiro, dos deveres deontológicos em geral, o enfermeiro deve «responsabilizar-se pelas decisões que toma e pelos actos que pratica (...)» (Decreto-Lei nº 104/98, de 21 de Abril).

Assim, cabe ao enfermeiro «exercer a profissão com os adequados conhecimentos científicos e técnicos, com o respeito pela vida, pela dignidade humana e pela saúde e bem-estar da população, adoptando todas as medidas que visem melhorar a qualidade dos cuidados e serviços de Enfermagem» (CE, 2003).

Acresce que, de entre as Competências do Enfermeiro de Cuidados Gerais, definiu-se que o enfermeiro: «participa nas iniciativas de promoção da saúde e prevenção da doença, contribuindo para a sua avaliação» (35); «responde apropriadamente às questões, solicitações e aos problemas dos clientes e / ou dos cuidadores, no respeito pela sua área de competência» (64); «aplica o conhecimento sobre práticas de trabalho interprofissional eficazes» (734); «estabelece e mantém relações de trabalho construtivas com enfermeiros e restante equipa» (74); «contribui para um trabalho de equipa multidisciplinar e eficaz, mantendo relações de colaboração» (75); «assume responsabilidade pela aprendizagem ao longo da vida e pela manutenção das competências» (92); «actua no sentido de ir ao encontro das suas necessidades de formação contínua» (93); «aproveita as oportunidades de aprender em conjunto com os outros, contribuindo para os cuidados de saúde (96) (OE, 2003).

2.2. Fundamentação específica

Ao longo do ciclo de vida, a vigilância da saúde das crianças e dos jovens está bem definida nas orientações técnicas emanadas no Programa-tipo de Actuação em Saúde Infantil e Juvenil (PSIJ). De entre as linhas mestras a que o PSIJ obedece, encontramos a calendarização das consultas para «idades-chave» e a detecção precoce e encaminhamento de situações passíveis de correcção

que possam afectar negativamente a saúde da criança, que incluem as perturbações da visão e audição (2005).

O PSIJ não dá orientações sobre o método / métodos a adoptar nos rastreios da visão e audição, explicita apenas que na criança dos 5-6 anos, pertencente a grupos de risco, o método a usar é o audiograma.

No Plano Nacional de Saúde de 2004 – 2010 encontramos, nos Indicadores e Metas: Cobertura da monitorização do estado de saúde, que a percentagem de alunos que no início da escolaridade obrigatória realizaram Exame de Saúde Global (EGS) variou entre 73% e 76% nos últimos anos lectivos, em Portugal Continental. Estes valores do indicador ainda se encontram afastados da meta para 2010: 90% dos alunos de 6 anos com o estado de saúde avaliado. Quanto à percentagem de alunos de 13 anos que realizaram EGS, em 2006 / 2007 era de 38%, valor que ainda se encontra muito afastado da meta de 75% para 2010.

De acordo com as orientações do PSIJ (2005), é nas consultas das «idades-chave» dos 5-6 anos e 11-13 anos que está definido o EGS, fazendo parte do seu conteúdo aos 5-6 anos a avaliação da visão e audição e aos 11-13 anos apenas o rastreio da visão, embora no Plano Nacional de Saúde Escolar (PNSE, 2006), o rastreio da audição também faça parte do EGS dos 11-13 anos.

Encontra-se também expresso no PSIJ que «(...) as carências e assimetrias de distribuição de profissionais em Cuidados de Saúde Primários manifestam-se na diversidade de recursos humanos afectos ao desempenho destas actividades» e que «(...) o fundamental é que elas sejam realizadas por profissionais disponíveis, motivados e competentes (...)». Do mesmo documento consta que compete aos profissionais envolvidos na assistência de saúde da criança a realização do exame de saúde, o preenchimento da Ficha de Ligação com a Saúde Escolar e o seu envio para a equipa de Saúde Escolar do centro de saúde (PSIJ, 2005).

Outro referencial técnico-normativo do sistema de saúde é o PNSE para a área da Saúde Escolar, consubstanciando-se num conjunto de estratégias ou Agenda de Saúde Escolar, baseada nas prioridades nacionais e nos problemas de saúde mais prevalentes na população juvenil.

ou frases por parte do profissional de saúde. Este teste consiste na análise do grau de compreensão do que a criança ouve e baseia-se na identificação de palavras monossilábicas, dissilábicas ou polisilábicas apresentadas em listas foneticamente balanceadas. Damos como exemplo, o teste logométrico usado pelos enfermeiros de um centro de saúde da área metropolitana de Lisboa:

Ouvidos livres (2 ouvidos)	Ouvido direito	Ouvido esquerdo
NÃO	RÃ	CHÁ
SOL	SAL	MAU
PAU	CÉU	MÓ
CHÁ	VACA	LÃ
FACA	CABRA	PEIXE
VELHA	GATO	DISCO
GUIITA	XAILE	GAITA
TOSSE	TRAVÃO	VINHO
FEIRA	FOLHA	FAVA
CHAPEU	VELHA	CHAVE
PAI	MILHO	NINHO
REI	MAPA	PIPA

Fonte: Centro de Saúde de Oeiras

O T.L. deve realizar-se primeiro com os dois ouvidos livres e a seguir, separadamente, com o ouvido direito (AD) e depois com o ouvido esquerdo (AE). Deve ser feito à distancia de três metros, com voz de timbre claro, não ciciada (à altura da voz falada normalmente). A criança deverá estar de frente para se poder detectar alguma distracção ou falta de interesse, tendo-se o cuidado de, com a folha do teste, ocultar a boca para não permitir a leitura labial. Deve ser registado o número de falhas do seguinte modo:

AD _____

T.L. _____

AE _____

Se houver duas ou mais falhas em cada ouvido ou na audição biauricular, a criança deverá ser enviada ao médico de família.

Se a criança não quiser colaborar, repetir o teste noutro dia em que estiver mais disponível e bem-disposta.

Os testes logométricos são subjectivos e não excluem a surdez parcial. Por um lado, ao identificar apenas crianças com mais de uma falha em cada série de palavras, deixa omissos alguns casos de hipoacusia e por outro lado, a detecção de hipoacusia ou dificuldades na percepção do que ouve, depende também da colaboração da criança e da habilidade do técnico.

A acumetria, que provavelmente é a técnica mais antiga na avaliação das alterações auditivas, auxilia na diferenciação entre perdas auditivas neurossensoriais e condutivas e permanece em uso até hoje. Os diapasões são barras metálicas com arcos em forma de «U» que vibram em direcções opostas quando percutidos. É um método básico, rápido e de baixo custo, permite uma avaliação qualitativa da audição, discriminando perdas condutivas e neurossensoriais com certa segurança, enquanto que a discriminação da perda mista já é mais difícil e a avaliação quantitativa é grosseira. Os diapasões mais utilizados são os de 256 Hertz (Hz), 512Hz e 1024Hz. Os testes mais empregues na prática clínica são: Weber e Rinne (Santos 2007; Diógenes, 2005; Pires e Guedes, 2005).

O teste de Weber, descrito em 1834, compara a percepção das vias ósseas entre si. O diapasão deve ser colocado com a base a vibrar sobre a linha média craniana, interrogando simultaneamente a criança sobre em qual dos ouvidos percebe o som com maior intensidade. Os utentes com audição normal ou com perdas auditivas simétricas referem que o som é percebido no local em que o diapasão é colocado (centro do crânio) ou de forma simétrica nos dois ouvidos (Weber indiferente ou central). Quando o Weber lateraliza para o lado com melhor audição é sugestivo de lesão neurossensorial (ou de percepção) no outro ouvido; se o Weber lateraliza para o lado com pior audição, sugere que a perda de audição no ouvido comprometido é de condução (transmissão) (Santos, 2007; Pires e Guedes, 2005).

O teste de Rinne foi descrito pelo médico otologista alemão Heinrich Rinne em 1855 e permite a comparação da via aérea com a via óssea. Após a vibração do diapasão, a sua base é

Anexo V

Certificado de Formanda na palestra “Promoção da Esperança nos Processos de Saúde-Doença”

colocada na região retroauricular na parte mais saliente do mastóide e pede-se ao utente que avise quando deixar de o ouvir. Em seguida os arcos são colocados a mais ou menos dois centímetros à frente do canal auditivo externo, evitando-se tocar na pele do utente e pergunta-se ao utente se voltou a ouvi-lo. Os arcos do diapasão devem estar dispostos de modo perpendicular ao pavilhão auricular, dado que, se colocados paralelamente, pequenos movimentos de lateralidade podem determinar o aparecimento de uma «zona muda», onde nenhum som é ouvido. Quando o utente ouve mais por via aérea do que óssea, o Rinne é positivo, o que costuma ser compatível com audição normal ou hipoacúsia neurossensorial; quando o paciente ouve melhor por via óssea, chamamos de Rinne negativo, sugerindo hipoacúsia de condução (Santos, 2007; Diogénes, 2005; Pires e Guedes, 2005).

Os testes de Rinner e de Weber podem ser feitos a crianças a partir dos 5–6 anos de idade (Bastos, s/d).

A audiometria é o estudo da função auditiva com ajuda de um aparelho electro-acústico (audiómetro). Se forem pesquisados sons de frequência pura ao nível do limiar faz-se uma audiometria tonal. Durante os testes são variados dois parâmetros: a intensidade e a frequência, de forma a serem determinados os sons de mais pequena amplitude que o utente consegue ouvir. A frequência é medida em Hz e o ser humano tem a capacidade para perceber sons entre 20 e 20.000Hz. O audiograma mostra o resultado para 6 a 10 valores específicos de frequência, entre 250 e 8.000Hz, que é uma variedade importante no desenvolvimento da fala e da língua. No registo gráfico, as baixas frequências estão localizadas no lado esquerdo e as altas frequências do lado direito. O audiograma tonal é obtido colocando o utente numa pequena sala, isolada acusticamente, e usando auscultadores. O teste começa por fazer variar a intensidade de um som com uma determinada frequência, desde um valor inaudível até um que o utente já consiga ouvir. Esse valor de intensidade, medido em dB, corresponde ao limiar da audição para a frequência dada. A intensidade assim determinada é depois comparada com o limiar de audição de uma pessoa saudável, sendo o resultado colocado no audiograma tonal.

Um audiograma tonal contempla os dois ouvidos, sendo a distinção entre eles feita pelas diferentes cores utilizadas ou pelo símbolo com que são feitas as marcações. Assim, para o ouvido direito, é normalmente utilizada a cor vermelha sendo as leituras marcadas com um «o». Para o ouvido esquerdo é utilizada a cor azul e as marcações são feitas com o símbolo «x» (Pires e Guedes 2005).

Este teste exige a efectiva colaboração do utente a examinar, no sentido de se poderem determinar os reais limiares auditivos. Por isso é, por vezes, difícil a sua execução em crianças em idade pré-escolar.

Em caso de serem encontradas alterações da capacidade auditiva, a criança deve ser referenciada dentro da equipa de saúde para os profissionais com competência para a tratar.

3. Conclusões

3.1. De acordo com o Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem e considerando os Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem, bem como as tomadas de posição da OE, os enfermeiros têm um papel crucial na identificação de situações de risco, bem como na análise, proposta e aplicação de soluções para os problemas encontrados.

3.2. Cumpridos os requisitos dos adequados conhecimentos, bem como o âmbito das intervenções autónoma ou interdependentes e o legalmente previsto, incluindo as incompatibilidades, tem o enfermeiro o direito de exercer livremente a profissão, designadamente no que se refere a intervenções diagnósticas com recurso a meios, instrumentos ou equipamentos que suportem a sua avaliação.

3.3. Considerando a questão colocada e a fundamentação aduzida, é parecer desta Comissão que quer o enfermeiro, quer o enfermeiro especialista, podem e devem proceder à avaliação da visão e da audição das crianças no ESG, recorrendo à escala optométrica e aos testes logométrico, acumetria ou audiometria, respectivamente, se dispuserem dos conhecimentos e experiência adequados e se for esse o consenso dentro da equipa de Saúde.

Anexo VI

Artigo da Revista da Ordem dos Enfermeiros:

Enfermeiros, O. d. (2010, Janeiro). Conselho de Enfermagem – Conceptualização da Prática Clínica. Parecer do CE N.º 248 / 2010 – Avaliação da visão e da audição. (O CE adopta na íntegra o Parecer no 22 / 2009 / CEESIP). *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, (33), pp.28-34.

Bibliografia

- Bastos, Inga. (s/d) – Doenças do Ouvido e Diminuição de Audição – um manual prático. Disponível em <http://www.nashalsan.se/cooperation/manual.pdf>. Acedido a 15 de Dezembro de 2009.
- Cruz, Maria Manuela (2000) – Médico, criança e família – exames periódicos de saúde. Disponível em http://csgois.web.interacesso.pt/MGFV001MASTER/textos/25/63_texto.html. Acedido a 26 de Novembro de 2009.
- Cordeiro, M.; Carvalho, M.; Correia, E. (1990) – Detecção das perturbações da visão, da audição e da linguagem. Orientação técnica. DGCSP: Divisão de Saúde Materna e Infantil e Núcleo de Saúde Escolar.
- Dantas, R.; Pagliuca, L.; Almeida, P. (2009) – Validação de escala optométrica regionalizada para pré-escolares: contribuição da Enfermagem. *Rev. Esc. Enferm. USP*, 43(2): 279-285.
- Diógenes, Carlos (2005) – Provas auditivas I. Disponível em http://www.otorrinousp.org.br/imageBank/seminarios/seminario_22.pdf. Acedido em 14 de Dezembro de 2009.
- Diário da República – I Série – A, (1996), Decreto – Lei n.º 161/96, de 4 de Setembro – Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Portugal: Ministério da Saúde.
- Diário da República – I Série – A, (1998), Decreto-Lei n.º 104/98 de 21 de Abril – Estatutos da Ordem dos Enfermeiros. Portugal: Ministério da Saúde.
- Fechine, A.; Cardoso, M.; Pagliuca, L. (2000) – Prevenção e detecção de distúrbios oftalmológicos em escolares. *Ped Atual*, 13(4):21-5.
- Hospital Pediátrico de Coimbra. Serviço de Genética (2006) – Surdez. Disponível em <http://www.chc.min-saude.pt/NR/ronlyres/8C907E81-C548-42D7-8DE1-1E80F94F1BA0/7230/surdez.pdf>. Acedido a 15 de Dezembro de 2009.
- Lima, F. (sd) – Como testar a visão da turma?. Brasil, Rio Grande do Norte: Universidade Potiguar. Disponível em <http://www.slideshare.net/robsoncosta/avaliacao-da-acuidade-visual-professor-robson-presentation>. Acedido a 7 de Outubro, 2009.
- Ministério Da Saúde – Programa Nacional de Saúde Escolar, Circular Normativa n.º 7/DSE de 29/06/06. Direcção-Geral da Saúde: Divisão de Saúde Escolar.
- Ministério Da Saúde – Programa Nacional de Saúde Escolar, Despacho n.º 12.045/2006. Direcção-Geral da Saúde: Divisão de Saúde Escolar. Diário da República n.º 110 de 7 de Junho, 2.ª série.
- Nunes, L.; Amaral, M.; Gonçalves, Rogério (2005) – Código Deontológico do Enfermeiro: dos comentários à análise de casos. Lisboa: Ordem dos enfermeiros.
- Pires, Denise V.; Guedes, Ana P. S. (2005) – Avaliação Auditiva – Testes Básicos. Disponível em http://www.pulsoeditorial.com.br/resumos/avaliacao_auditiva.pdf. Acedido a 15 de Dezembro de 2009.
- Protocolo entre Ministério da Educação e o Ministério da Saúde (2006). Disponível em http://www.min-saude.pt/NR/ronlyres/1CEEF249-8AA5-4B5F-BA05-866C7D3D57E8/0/ProtocoloME_MS.pdf. Acedido a 7 de Outubro, 2009.
- Santos; Ana Rita. (2007) – Aula de Audiologia. Disponível em <http://www.aefml.pt/download/comissao2004/anotadas%20-%20ano%200708/Cirurgia%20II/ORL/Aula%204%20-%20Audiologia.pdf>. Acedido a 15 de Dezembro de 2009.
- Vasquez, Manuel (2000) – O exame dos 5-6 anos e a ligação à equipa de saúde escolar. Disponível em http://csgois.web.interacesso.pt/MGFV001MASTER/textos/25/69_texto.html. Acedido em 26 de Novembro de 2009.
- Imagens do teste de Weber e Rinne. Disponível em <http://images.google.pt/images?hl=pt-PT&source=hp&q=teste+weber++rinne&btnG=Procurar+imagens&gbv=2&aq=f&oq=>. Acedido a 14 de Dezembro de 2009.



Anexo VII

Documento de Avaliação das Formações em Serviço, modelo do HDE

FORMAÇÃO EM SERVIÇO - AVALIAÇÃO DA SESSÃO

Área/Unidade/Especialidade: _____

Tema: _____

Ação tipo: Atualização Aprendizagem Duração _____ Data ___/___/____

Formador(es): A _____ B _____ C _____

Coloque uma cruz (X) na opção que melhor expresse a sua opinião, ou seja, o seu grau de concordância para cada uma das afirmações que se seguem.

APRECIÇÃO GLOBAL	DISCORD A TOTAL- MENTE	DISCOR DA	CONCORD A	CONCORD A TOTAL- MENTE
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.				
2. Os objetivos da formação foram atingidos.				
3. Para a sua atividade profissional a formação foi útil.				
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.				
5. A teoria foi relacionada com a prática.				
6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.				
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.				
8. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.				
9. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.				
10. A duração da formação foi adequada.				
11. O horário da formação foi adequado.				

Classifique os **formadores** e a **metodologia** utilizando a seguinte escala:

1 – Insuficiente 2 – Suficiente 3 – Bom 4 – Muito Bom

METODOLOGIA	FORMADORES		
	_____	_____	_____
12. Domínio dos conteúdos apresentados.			
13. Facilidade de transmissão de conhecimentos.			
14. Clareza na transmissão dos conhecimentos.			
15. Capacidade de motivar, despertar interesse nos formandos.			
16. Interação com o grupo.			
17. Interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas.			
18. Gestão do tempo.			
19. Pontualidade.			

COMENTÁRIOS E SUGESTÕES DE MELHORIA

Obrigado pela sua colaboração.

APÊNDICES

Apêndice I

Descrição dos Locais de Estágio



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

**Unidade Curricular:
Estágio com Relatório**

Descrição dos Locais de Estágio

Docente:

Prof.ª Paula Diogo

Discente:

Maria João Caeiro N°4002

Lisboa
2012 - 2013

UNIDADE FUNCIONAL DE ATENDIMENTO AO ADOLESCENTE - “APARECE, SAÚDE JOVEM”

A Unidade Funcional de Atendimento a Adolescentes funciona desde 1999, situada na Rua Buenos Aires, n.º27, R/c Direito, na Lapa, Lisboa. Este está integrado nos cuidados de Saúde Primários, canalizando o seu atendimento à saúde global e integral do adolescente, dos 11 aos 24 anos. Este espaço recebe todo o adolescente que procure este espaço, seja ou não residente na sua área de influência. A equipa é constituída por 3 enfermeiras, as quais, todas têm a Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica [ESIP], e formação na área da adolescência. Existem médicos (dois fixos e dois que cumprem consultas uma vez por semana), um pedopsiquiatria e psicólogas (duas), e assistente social, os quais também têm formação na área da adolescência. Existem também três administrativas, um telefonista e dois seguranças. Estes profissionais nem sempre se encontram todos em presença contínua na unidade, uma vez que fazem turnos entre as 10-20h, horário em que a unidade funcional de atendimento ao adolescente se encontra aberta, de 2ª a 6ª, nos dias úteis. O espaço é amplo, constituído por diversos gabinetes polivalentes (onde ocorrer consulta médica, de enfermagem, psicologia, assistente social...), sala de tratamentos, sala de reuniões sala de espera e copa para os profissionais. Estes gabinetes estão equipados pelos materiais necessários para as diferentes tipos de consultas, esfigomanómetro, computador, marquesa de observação ginecológica (em alguns gabinetes, onde poderá ser realizadas citologias), sala de tratamentos com marquesa e carrinho de apoio para pensos e pequenos cirurgias (necessárias por exemplo na retirada e colocação de implante hormonal subcutâneo). É possível encontrar também material para uma consulta, como secretária e cadeiras, bem como material de apoio a intervenções de ensino e educação para a saúde (folhetos, cartazes...).

Procura responder às necessidades dos adolescentes, nas diversas vertentes. Neste sentido, privilegia a **privacidade**, através do ambiente acolhedor e **desburocratizado**, uma vez que qualquer jovem que se digira às instalações, mesmo não tendo previamente marcado consulta, terá a garantia de atendimento.

Qualquer consulta tem um carácter **confidencial**, permitindo ao adolescente uma proximidade e confiança com o profissional de saúde. Esta aproximação procura desenvolver no cliente uma **responsabilização pela sua saúde e estilos de vida saudáveis**. A informação que é trabalhada em consulta procura desenvolver uma decisão livre e esclarecida, assente no consentimento informado e/ou presumido, para que o adolescente esteja consciente e confortável com as suas opções.

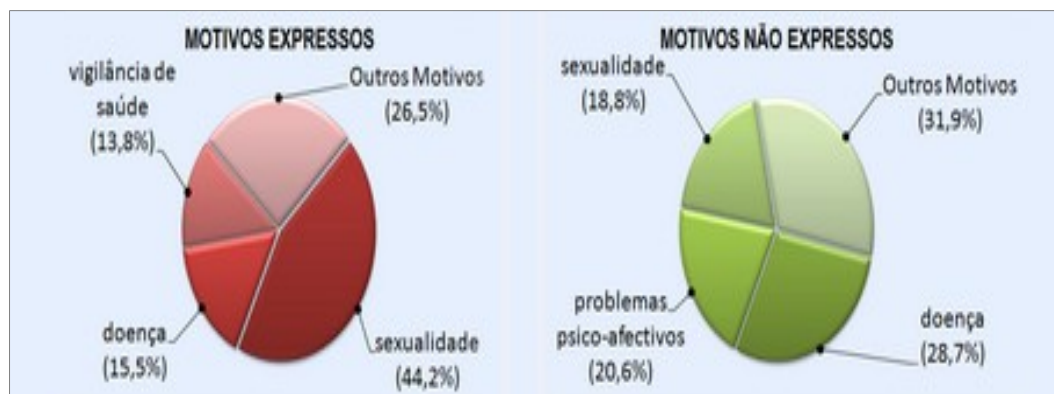
“Os objetivos subjacentes ao “Aparece” são:

- Melhorar a acessibilidade aos cuidados de saúde, por parte do adolescente;
- Promover o crescimento e bem-estar global do adolescente;
- Prevenir os principais problemas bio-psico-sociais prevalentes na adolescência;
- Dotar os adolescentes de recursos que lhes permitam ser os responsáveis pela sua saúde.”

<http://www.arslvt.min-saude.pt/Aparece/MP.aspx>

A população adolescente apresenta necessidades específicas. Destas, as mais comuns, verificadas na intervenção dos profissionais deste espaço, salienta-se a procura de informação e aconselhamento sobre: vigilância de saúde, alterações de crescimento, problemas de família, escola, trabalho, grupos, namoro, relações afetivas, alimentação, consumos de tabaco/álcool/drogas, sexualidade, gravidez, doença aguda/crónica, queixas psico-afetivas, violência, (...). (<http://www.arslvt.min-saude.pt/Aparece/MP.aspx>).

Figura 1. Motivos que levam os adolescentes a procurar cuidados de saúde no “Aparece- Saúde Jovem”



Fonte: Dados estatísticos de 2007, com base num total de 4461 consultas. (<http://www.arslvt.min-saude.pt/Aparece/MP.aspx>).

A enfermeira tem um papel preponderante no atendimento ao adolescente, uma vez que quer sejam consultas de primeiras vezes ou seguimentos, é sempre feito uma consulta de enfermagem, onde o enfoque incide sobre as necessidades que levam o adolescente a procurar os cuidados de saúde. Nessa abordagem, considerando o motivo da consulta, o decurso desta é direcionado para os problemas detetados pela enfermeira, em ligação com a preocupação que o adolescente expressa. Os ensinamentos são maioritariamente com base nas necessidades supracitadas. Mediante a avaliação da enfermeira, é encaminhado para outros profissionais que possam ajudar a responder às necessidades no adolescente. As **áreas de intervenção** da Unidade Funcional dos Adolescentes “Aparece – Saúde Jovem” são essencialmente a sexualidade responsável e planeamento família, saúde materna na adolescente grávida e educação para a saúde na área do comportamento alimentar e atividade física.

Como filosofia das intervenções de enfermagem junto do adolescente, estas centram-se no cliente como ser único, digno de respeito e ser acolhido de acordo com as suas necessidades individuais. Para tal, são mobilizados os conhecimentos científicos, técnicos e humanos na prestação de cuidados, de forma a atingir a excelência e a qualidade nos cuidados. Para além do atendimento presencial, este também é extensível ao atendimento telefónico, pela enfermeira. Para além de

atendimento apenas com o adolescente que procura os cuidados de saúde, este pode vir acompanhado pelo namorado, amigos, familiar, educadores ou professores, entre outros elementos de referência do adolescente, assim o adolescente dê o consentimento para que estes o acompanhem e assistam à consulta. O método de trabalho de enfermagem é o método individual, uma vez que poderá não ser o enfermeiro que acolhe o adolescente pela primeira vez que o segue nas consultas seguintes (Costa, 2004), dependendo do horário e dia que o adolescente marca ou comparece na unidade.

As atividades desenvolvidas procuram responder à necessidades dos adolescentes, em grupo ou individuais. Através da intervenção nas escolas da área, em que são debatidos temas do interesse da turma onde a equipa intervêm. Maioritariamente a temática da sexualidade responsável e contraceção é comum, de acordo com a enfermeira orientadora. No espaço “Aparece” é também dinamizado um painel com temáticas que procuram informar e incentivar o adolescente à consciencialização, reflexão e responsabilização. Este painel encontra-se na sala de espera, local onde se aguarda por qualquer tipo de atendimento, e no qual também desenvolvi uma atividade a qual procurou dinamizar este espaço (Apêndice IX).

Existe desde 2006 uma associação denominada “A Par”, que assenta nos princípios da parentalidade e da pareceria com os pais ou cuidadores e as suas crianças, procurando fortalecer os vínculos afetivos e facultar a aprendizagem em diferentes áreas. Este projeto envolve uma enfermeira das enfermeiras que trabalha no “Aparece-Saúde Jovem” que trabalha na Unidade “Aparece”, e que faz a ligação entre o projeto e a unidade funcional. A população alvo situa-se nas famílias com crianças entre os 0-5 anos de idade, especialmente direcionado para famílias carenciadas. Muitas mães adolescentes são convidadas a integrar as sessões deste projeto, e que vão com os seus filhos e companheiros. Através deste trabalho, pretende-se capacitar as famílias para a promoção do bem-estar, da educação das crianças desde o seu nascimento, e “*empowerment*” das famílias (<http://www.a-par.pt>). Através de diferentes atividades, onde são trabalhadas diferentes temáticas desde o estabelecimento de rotinas até brincadeira com fantoches, pretende-se o reconhecimento, validação e certificação de competências parentais. (<http://www.a-par.pt>).

[par.pt](#)). Infelizmente, este projeto nem sempre se concretiza devido a fraca adesão que por vezes se verifica. Porém, muitas das adolescentes que são atendidas

A formação contínua de profissionais também é dinamizada nesta unidade. Para além da apresentação de trabalhos e estudos de caso no seio da equipa, para debate e enriquecimento desta, o trabalho efetuado e resultados obtidos são divulgados em jornadas e workshops para profissionais de saúde que estejam ligados aos cuidados ao adolescente, de forma a dar contributos a quem frequenta e pela partilha que estes trabalhos promovem.

UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS [UCSP]

A UCSP onde realizei estágio encontra-se localizada em Lisboa, num edifício que alberga a UCSP e uma USF. O espaço físico da UCSP encontra-se dividido pelo segundo andar e a cave deste edifício, e no primeiro andar figura a USF.

A equipa multidisciplinar da UCSP é constituída por médicos, enfermeiros, funcionários da área administrativa, e assistentes operacionais, constituição prevista nas Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados, decretada pelo Ministério da Saúde [MS] (2011). A variabilidade de valências ao dispor do cliente, para além da consultas médicas de medicina geral e familiar, encontra-se diferentes consultas de enfermagem, como de saúde infantil, planeamento familiar e saúde materna, vacinação, consulta da diabetes e sala de tratamentos. Em cada uma destas valências encontramos um enfermeiro responsável, destacado para a prestação de cuidados, integrados na missão desta unidade, focada para a “prestação de cuidados de saúde personalizados à população inscrita, garantindo a acessibilidade, a globalidade, a qualidade e a continuidade dos mesmos” (MS, 2011, p.7).

A equipa procura também responder aos princípios propostos pelo MS (2011), relativo ao funcionamento destas unidades, e sobre os quais a UCSP se identifica, procurando uma “harmonia entre as preocupações de acessibilidade, personalização e efetividade dos cuidados e os objetivos de eficiência e qualidade” (MS, 2011, p.8). Estas procuram então a resposta através da “cooperação (...) [entre] os elementos da equipa para a concretização dos objetivos da acessibilidade, da globalidade e da continuidade dos cuidados de saúde” (MS, 2011, p.8). Neste sentido, importa a articulação entre UCSPs e “outras unidades funcionais do ACES” (MS, 2011, p.8), para que os objetivos propostos sejam uma realidade. Outro princípio destacado prende-se com a importância da avaliação, que se pretende “objetiva e permanente, visa a adoção de medidas corretivas dos desvios suscetíveis de pôr em causa os objetivos do plano de ação” (MS, 2011, p.8).

Concretamente, nas valências de saúde infantil, planeamento familiar e vacinação, onde realizei o estágio, será onde focarei a presente descrição. O gabinete de saúde

infantil é um espaço com luminosidade e agradável para acolher as crianças e seus cuidadores. Pintado com tons suaves, e com pôsteres alusivos a cuidados à criança, como os brinquedos adequados a cada idade, e outro poster direcionado a pais e cuidadores sobre os direitos da criança. Para além de secretária, cadeiras, computador e material diverso de papelaria, consumo e arquivo, um lavatório. Também podemos encontrar dispositivos que permitem a avaliação do crescimento e desenvolvimento da criança e jovem. Para o crescimento encontramos balanças e craveiras, uma para avaliação do peso para bebés e crianças pequenas que não mantenham a posição supina. A craveira encontra-se na marquesa encostada à parede, para avaliação da altura nas crianças supracitadas, na horizontal. Importante reforçar que a marquesa é almofadada, e que existe papel impermeável para forrar esta marquesa e a balança, papel que é mudado a cada nova criança observada e avaliada. Existe outra balança, já para crianças que mantenham a posição supina em segurança, que não haja o risco de queda, e a qual tem já incorporada uma craveira, para avaliação da altura na vertical. A enfermeira tem também uma fita métrica maleável para avaliação do perímetro cefálico. Encontra-se também uma variedade de material de apoio para avaliação do desenvolvimento, brinquedos apropriados para as diferentes idades e para utilização durante a avaliação, como a roca, bola vermelha, cubos... Este material será melhor explorado no documento relativo à avaliação do desenvolvimento, atividade desenvolvida no estágio na UCSP descrita (Apêndice XII). A avaliação do desenvolvimento é baseada na escala de *Mary Sheridan* (adaptada). Esta está contemplada nos registos de enfermagem em cada consulta, que figuram em suporte informático SAPE (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem). Esta consulta tem como responsável uma enfermeira especialista de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

O gabinete de planeamento familiar/saúde materna encontra-se sensivelmente em frente ao gabinete de saúde infantil. Neste encontra-se material diverso como secretária, cadeiras, computador, um lavatório, uma marquesa simples almofadada com papel impermeável, mudado a cada cliente que necessita de utilização deste. Encontramos também um armário que funciona como arquivo e também com diferentes consumíveis e contraceptivos que são disponibilizados na consulta de planeamento familiar. É também utilizado na consulta o esfigomanómetro, e uma

balança com craveira vertical. Existe uma variedade de material de apoio (cartazes, material de semelhança anatômica) que facilita os ensinamentos realizados durante as consultas.

A vacinação apresenta o seu espaço no seguimento do gabinete do planeamento familiar/saúde materna. Este está igualmente equipado com secretária, computador e cadeiras, bem como um lavatório. Tem também um frigorífico para armazenamento das vacinas a administrar, de acordo com o Plano Nacional de Vacinação [PNV] (2011). O registo das vacinas administradas é realizado no sistema informático Sistema de Gestão de Utentes dos Centros de Saúde [SINUS] e também no boletim de vacinas do respetivo cliente. Encontra-se uma marquesa pequena e alta para apoio na vacinação a bebés e crianças quando necessário, também esta com papel impermeável mudado a cada cliente. Também este gabinete está decorado com motivos infantis, encontrando uma barra ao nível médio da parede, com alguns animais que recriam um cenário de viagem à volta à sala. Curiosamente esta barra encontra-se também junto da marquesa já acima descrita, que está encostada à parede, o que permite a utilização do imaginário infantil (de acordo com a idade e estágio de desenvolvimento) como forma de minimizar a dor e a experiência emocionalmente intensa associada ao procedimento da vacinação.

Estas três valências têm um horário semanal entre as 8h até às 17h, e cada um tem uma enfermeira responsável durante este período.

SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA DO HDE – CHLC

Este Hospital foi inaugurado a 17 de Julho de 1877, em função do desejo da Rainha D. Estefânia em fundar um hospital direcionado para os cuidados à população pediátrica, (atualmente sediado na Rua Jacinta Marto, na freguesia de S. Jorge de Arroios, em Lisboa). Desde então o hospital destaca-se por ser uma referência em cuidados de saúde para esta população tão específica, especialmente a que reside a sul de Portugal, nas Regiões Autónomas da Madeira e dos Açores e inclusive crianças e adolescentes evacuados do Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa, em busca de assistência em saúde, ao abrigo de Acordos de Cooperação entre Portugal e estes países, descrito em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/acesso+de+cidadao+s+estrangeiros+a+cuidados+de+saude/cuidados+palop.htm>. O atendimento é efetuado até aos 18 anos menos um dia e incide em patologias do foro médico-cirúrgico e também pedopsiquiatria. Assim, este hospital tem como missões a prestação de “cuidados de saúde globais, diferenciados e de excelência à criança [e] ao adolescente [desenvolvendo] a sua ação primando pelo respeito, pela dignidade da pessoa humana (HDE, 2003, p.6). O hospital prima também pelo seu contributo para a promoção e formação, bem como “promover a investigação e desenvolver formas de colaboração com instituições de mérito científico” (HDE, 2003, p.6). Este é então dividido em três pisos, onde se encontram os diferentes serviços de internamento, de exames complementares de diagnóstico como o laboratório ou a radiologia, e outros serviços como a medicina física e reabilitação e a capela. Existe também adjacente ao edifício principal o pavilhão de consultas e outros pequenos pavilhões que albergam serviços como a farmácia, pavilhão de consultas específicas como otorrinolaringologia, imunoalergologia e o serviço de pedopsiquiatria. O pavilhão onde funcionava a maternidade Magalhães Coutinho encontra-se atualmente desativado, funcionando apenas consultas externas de ginecologia e obstetrícia no rés do chão deste mesmo edifício.

O serviço de urgência pediátrica do HDE situa-se no piso térreo do hospital. Este serviço obedece então às características supracitadas, como parte integrante do

HDE. A área de influência abrange as freguesias de Lisboa e algumas freguesias de Loures. No entanto, quando não existe determinadas especialidades no hospital da área de residência, não é raro o cliente ser encaminhado para este serviço de urgência afim de ser avaliado pela especialidade desejada, como por exemplo cirurgia, pedopsiquiatria ou neurologia. A equipa multidisciplinar é constituída essencialmente por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais e administrativos. Fisicamente o serviço tem uma sala de espera com cadeiras distribuídas pelo espaço, com balcão administrativo. Ao entrar no corredor da urgência, podemos encontrar este decorado com desenhos na parede. No momento em que realizei o estágio nesta unidade era época de Natal e o corredor encontrava-se decorado com motivos natalícios, inclusive alguns elementos da equipa traziam na sua farda alguns adereços alusivos à época. A primeira sala ao entrar no corredor é a sala de triagem, que é dividida em três postos de triagem, a qual é realizada por enfermeiros. A sala de triagem tem também de um lavatório, uma balança pediátrica e outra balança de avaliação vertical, bem como uma maca pequena para observação de bebés. O sistema de triagem é baseado na *Triagem de Manchester*, adaptado à realidade pediátrica do HDE (2003). Neste tipo de triagem o motivo da vinda à urgência é classificada através de números, em que as situações emergentes são classificadas com 0, muito urgente classificado como 1, urgente como 2 e não urgente como 3. Por ser uma classificação específica deste hospital, considerei pertinente a explicitação do que é entendido pela equipa cada situação e a classificação atribuída, não excluindo a importância da individualização dos cuidados e a avaliação pormenorizada de cada situação.

Quadro 1. Resumo - exemplo da classificação de *Manchester* adaptada para a realidade pediátrica do HDE.

<p>0- Emergente (risco de vida eminente ou compromisso da integridade física e/ou mental)</p>	<p>Compromisso das vias aéreas superiores, ventilação ineficaz; Utente não reativo/inconsciente; Choque; Intoxicação/ingestão de produtos químicos; Lesão ocular química penetrante; Hemorragia exanguinante; Utente enviado pelo CODU/INEM; Desidratação severa; Febre e petéquias ou sinais meníngeos; Convulsão ativa; Traumatismo craniano com prostração, palidez, perda de conhecimento, vômitos ou não reativo.</p>
<p>1 - Muito Urgente (definido como uma espera superior a 10 minutos poderá comprometer a vida do cliente)</p>	<p>Dificuldade respiratória com cianose; Desidratação moderada; Dor nível 10 (avaliação adequada à idade); Hemorragia difícil de controlar; Suspeita de anafilaxia; Queimaduras de 1.º, 2.º e 3.º grau, dependendo da localização e extensão; Estado pós convulsivo imediato; Febre com história de convulsões. Critérios específicos como: recém-nascido (com idade inferior a 28 dias), pela imaturidade imunitária, vítimas de maus tratos ou abuso sexual, pela confidencialidade e proteção da vítima.</p>
<p>2 - Urgente (espera entre 10 a 60 minutos, que não acarreta risco de vida)</p>	<p>Agudização de doença crónica (avaliando o estado específico da criança/adolescente); Temperatura superior a 39.ºC que persiste e não cede a antipiréticos ou medidas de arrefecimento corporal; Alteração de comportamento; Hemorragia controlável; Traumatismo craniano sem perda da consciência; Dor moderada; Desidratação ligeira; Queimaduras de 1.º, 2.º e 3.º grau dependendo da localização e extensão; Vômitos incoercíveis.</p>
<p>3 - Não Urgente (espera até 120 minutos sem risco para a integridade do cliente)</p>	<p>Dor ligeira; Febre controlável; Vômitos controláveis; Outras situações.</p>

Fonte: Adaptado de HDE (2003)

Após a triagem, encontramos a sala de reanimação, a qual está equipada de uma maca no centro da sala, e sobre esta estão monitores para monitorização cardiorespiratória. A sala está montada de forma a que possa existir a circulação de elementos à volta da maca, o que permite um trabalho de equipa harmonioso. À entrada da sala encontramos uma bancada também com armário de gaveta com medicação, consumíveis e contentor de cortantes, e ao fundo um lavatório. Existe também um carro de urgência equipado com medicação e material utilizado em urgência. Este material está disposto de igual forma em todo o hospital, em todos os serviços, de forma a uniformizar a atuação em situações de urgência. Está também equipado com desfibrilhador e material para este procedimento. Em cada turno, a distribuição da equipa de enfermagem tem em conta elementos que ficam responsáveis pela equipa de reanimação e pelo telemóvel que é o contacto direto de apoio em situações de reanimação no hospital. Existem cartazes alusivos ao algoritmo de suporte básico de vida neste gabinete, ainda que todos os elementos da equipa multidisciplinar têm experiência e formação na área, a qual é realizada anualmente.

Existem de seguida quatro gabinetes médicos, dois destes são individuais e os restantes têm duas estações de atendimento. Todos eles estão equipados com secretária, computador, telefone, lavatório e uma marquesa de observação, também esta com papel impermeável descartável que é mudado a cada observação do cliente. A sala de aerossóis encontra-se praticamente no fim do corredor, onde se encontram cerca de 9 rampas de oxigénio para a realização de aerossóis, e cadeiras encostadas à parede. Esta sala tem as paredes forradas com azulejos brancos (o que permite uma limpeza fácil), e com alguns desenhos também pintados. Dispõe também de um lavatório e pequena marquesa com papel impermeável descartável, usada em caso de necessidade de avaliação da criança ou confortar a criança, como por exemplo, mudança da fralda. Perto desta sala encontra-se um WC para as crianças e adolescentes. Existe também outro WC na sala de espera, destinada também para as crianças/adolescentes e seus acompanhantes.

Ao fundo do corredor encontramos a sala de tratamentos. Esta apresenta uma maca de elevação automática, e está forrada com material impermeável, para além do

papel impermeável descartável, à semelhança das outras macas do serviço. Tem uma bancada de trabalho e com um armário de gavetas onde se encontra a medicação mais habitual para aerossóis, antipiréticos, soro fisiológico e água destilada, antibióticos de administração endovenosa ou intra-muscular, e anti-eméticos, entre outras medicações. Os consumíveis também se encontram neste armário, como compressas, agulhas, seringas, material de aerossol. Outros consumíveis encontram-se na parte inferior da bancada, como guardanapos, copos descartáveis. Ainda nesta bancada existe contentor de cortantes e um frigorífico que condiciona medicação que necessita de refrigeração. Existe também ao lado da maca uma rampa de oxigénio e uma rampa de vácuo, com material para a eventual necessidade de aspiração de secreções. Do lado contrário da rampa de oxigénio e de vácuo, junto da maca, encontra-se também um carrinho de apoio com material de utilização habitual, compressas, seringas, agulhas, sondas, entre outros. Esta sala dispõe de dois computadores, e encontra-se também um lavatório disponível. Curiosamente também existe material que procura minimizar uma experiência emocional negativa nas crianças, especialmente em idade pré-escolar e escolar, que seja autocolantes de medalhas de bom comportamento, que após procedimentos, são oferecidos às crianças, como forma de procurar estabelecer a confiança e a relação terapêutica que sofre oscilações durante o procedimento. Encontramos alguns materiais que auxiliam o enfermeiro a diagnosticar o nível de dor, como escalas de avaliação (escala das faces, e outras de heteroavaliação) (Hockenberry *et al.*, 2006). Ao lado da sala de tratamentos, existe uma pequena sala de espera onde são encaminhadas crianças e jovens que por algum motivo devem ficar resguardadas ou vigiadas mais de perto, como, por exemplo, recém-nascidos, crianças com história de convulsão, ou crianças às quais foram administradas medicação (vigilância de reações alérgicas) ou que têm medicação em curso (por exemplo, anti-eméticos). Esta sala também dispõe cadeiras e cadeirões com suporte de soros, lavatório, e uma pequena maca com características semelhantes às descritas anteriormente.

A meio do serviço encontramos também a *Sala de Observação* [SO], que tem características de um internamento de curta duração, no qual a intervenção procura que a melhoria clínica do cliente seja uma realidade no prazo de 24 a 48 horas, em

situações que os cuidados e a vigilância requer uma hospitalização. Se este estado não melhorar, a transferência para um serviço do hospital acontece, pela necessidade de receber cuidados especializados. Esta unidade dispõe de cinco vagas, divididas por dois quartos. No primeiro quarto existem duas camas e no segundo quarto dois berços e uma cama, todas estas com monitor cardiorespiratório, rampa de vácuo e de oxigênio e de máquina infusora. Em ambos os quartos existe uma bancada e prateleiras com material de uso comum, medicação, contentores de cortantes, lavatório, um computador e uma televisão, com possibilidade de sintonizar canais infantis ou de música, conforme o agrado da criança ou adolescente hospitalizado. No segundo quarto encontramos também um frigorífico que acondiciona medicação e um carrinho suplementar que tem material de utilização habitual para os diversos procedimentos. Neste quarto também existe WC para os clientes ali hospitalizados. Existe a possibilidade dos pais ou cuidadores acompanharem, nos termos da lei Lei n.º 106/2009 de 14 de Setembro.

Existe ainda a ala cirúrgica da urgência, bem como gabinete de otorrinolaringologia, ortopedia e pedopsiquiatria, que se situa fora do espaço físico da urgência, mas também no piso térreo do hospital. Porém, qualquer cliente que seja encaminhado para observação por estas especialidades terá de passar sempre pela triagem e por vezes pela observação médica, dependendo das situações. Esta ala é então constituída por uma sala de espera, que tem cadeiras e alguns brinquedos, como um castelo grande e colorido. Existe então um corredor, e o primeiro gabinete é dedicado à especialidade de ortopedia, que tem o material habitual como secretária, computador, cadeiras, lavatório e marquesa. O gabinete seguinte pertence à cirurgia, que tem características idênticas às anteriormente descritas, adicionando uma balança vertical, com craveira. O gabinete de otorrinolaringologia para além do material descrito no primeiro gabinete, tem uma cadeira articulada e um aspirador para aspiração do ouvido externo, para além de todo o material necessário para otoscopia.

A sala de pequena cirurgia é o gabinete seguinte, que também tem uma maca elevatória com características semelhantes à sala de tratamentos, e sobre ela um candeeiro cirúrgico, com foco de luz forte e que é articulado de forma a incidir no

local a intervir. É uma sala ampla, na qual existe uma bancada com material esterilizado, acondicionado em gavetas e armário. Outra bancada tem consumíveis, ligaduras, desinfetantes e material para sutura. Existe também um armário com medicação e material específico para anestesia local, como Lidocaína, medicação tópica, entre outras.

O último gabinete é reservado para a pedopsiquiatria. Este não é diferente dos gabinetes anteriormente descritos, apenas tem a particularidade dos objetos passíveis de serem agarrados e constituírem perigo, com a possibilidade de ser objeto de agressão, estarem fixos. Um exemplo é o computador e teclado estar fixo à secretária. Este aspeto prende-se com as situações de agressividade que algumas crianças e adolescentes podem apresentar, devido a alterações de comportamento de diversa ordem.

A equipa de enfermagem está então distribuída por estes postos (desejavelmente três enfermeiros na triagem, um enfermeiro no SO, um enfermeiro na sala de tratamentos e um enfermeiro na sala da pequena cirurgia, para além de existir um chefe de equipa e um enfermeiro responsável pela reanimação). Existe também diferentes grupos de trabalho na equipa de enfermagem, responsáveis pela formação e pela verificação do carro de urgência, nomeadamente prazos de validade, reposição e estado do material. A passagem de turno ocorre na sala de pausa de enfermagem, que está equipada com cadeiras, uma mesa, televisão e computador. Esta consiste em passar as ocorrências mais relevantes decorridas no turno, especialmente entre chefes de equipa e também os clientes em SO. Porém, a maioria da equipa mantém-se no seu posto até ser rendido pelos colegas que chegam, fazendo uma breve passagem de ocorrências, dependendo do posto onde se encontram.

UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS [UCIP] DO HDE, CHLC

A descrição do hospital foi já realizado acima, e na qual a unidade de cuidados intensivos se enquadra, apresentando o seu espaço físico no piso térreo do hospital. Este recebe crianças e adolescentes de todos os serviços do hospital, inclusive transferidos de outros hospitais quando estes não tem suporte de cuidados em situação de risco de vida, adaptado para crianças.

A UCIP expressa a sua missão na “assistência, na área de cuidados intensivos, a crianças/adolescentes com patologia médica ou cirúrgica desde um mês de idade até aos 18 anos” (HDE, 2010, p.2). O serviço tem um corredor grande, e no qual se encontram de início os vestiários dos profissionais, secretaria da unidade e gabinete da enfermeira chefe, seguido de arrecadações diversas, desde rouparia, sala onde estão arrumados ventiladores, consumo, medicação. Encontramos também uma copa onde estão acondicionados alimentos para os clientes e também um local de pausa para os profissionais. É de salientar que a alimentação não é confeccionada no serviço, vindo já preparada e acondicionada em tabuleiros com o nome das crianças/adolescentes hospitalizados, dependendo da dieta instituída. Existe também uma sala de reuniões polivalente onde acontece reuniões médicas e a passagem de turno de enfermagem. Neste lugar existe também uma biblioteca que reúne alguma bibliografia sobre cuidados intensivos. Esta sala está equipada com duas mesas de reuniões, cadeiras, computadores (três) e uma televisão, dispendo também de um WC. Perto desta sala existe outra destinada a pequenas reuniões, como é o caso de uma conversa particular com os pais de alguma criança ou adolescente. Esta apenas dispõe de uma mesa e cadeiras, tendo um relógio na parede.

No fim do corredor encontram-se os quartos. A UCIP tem uma lotação de nove vagas, destas três são quartos para isolamentos, e qualquer um destes está pintado com bonecos na parede, bem como o corredor. A disposição dos quartos permite que qualquer alarme ou ruído seja escutado fora do quarto, o que ajudará no

controle de alguma situação por parte dos profissionais que estejam no corredor, local onde existe predominante circulação de enfermeiros e médicos. É de salientar que existe uma escala médica permanente no serviço, pela instabilidade hemodinâmica dos clientes aqui hospitalizados. Cada vaga está equipada com cama ou berço, conforme a idade da criança a receber, rampa de oxigénio e de vácuo já montada, luz à cabeceira da unidade, estetoscópio, ventilador já devidamente montado (se necessário), máquinas e seringas infusoras, utilizadas conforme a necessidade da criança/adolescente e sua situação. Dependendo da necessidade são preparados os diferentes materiais para algáliação, entubação naso-gástrica, punção venosa, ou mesmo acesso venoso central ou outras intervenções. Todos os quartos estão também equipados com televisão, lavatório e uma bancada de trabalho. Esta tem um pequeno armário de gavetas que tem a medicação mais utilizada na unidade, como benzodiazepinas, antipiréticos, e alguns medicamentos que também figuram no carro de urgência, que se encontra no corredor, junto dos quartos. Este também está equipado com desfibrilhador. A bancada existente nos quartos tem a particularidade de o material que acondiciona estar no mesmo lugar em qualquer um dos quartos, o que facilita a adaptação dos profissionais.

Existe um WC onde as crianças e adolescentes poderão realizar a sua higiene ou necessidades, apesar de ser raramente utilizada, uma vez que a maioria das crianças e adolescentes internados na unidade realiza a higiene na cama de forma totalmente dependente (por estar sedado, ventilado...) ou semi-dependente, por manter o repouso no leito mas ainda não realizar levantar, por se encontrar numa situação instável. Quando está ultrapassada a situação de instabilidade são transferidos para uma das enfermarias do hospital, e aí a higiene no WC é uma realidade.

Quando dá entrada uma criança ou adolescente, é realizado o acolhimento a este e seus pais ou cuidadores. É entregue um cartão de acompanhante e o guia de acolhimento, que explica as regras da unidade. Os pais poderão permanecer junto do filho durante o internamento, estando a equipa médica e de enfermagem disponível para retirar dúvidas destes. As visitas não são permitidas. A entrada dos pais ou acompanhantes não é realizada pela mesma porta dos profissionais,

existindo uma entrada exclusiva para estes. A entrada dos acompanhantes tem à entrada um sofá onde podem estar até chegar um enfermeiro para os acolher e encaminhá-los até a uma sala onde tem cacifos, cada um com um número respetivo à cama que a criança ou adolescente ocupa. É fornecida uma bata que devem vestir durante o período que estão junto da criança/adolescente. Os pais podem acompanhar a criança ou adolescente, ao abrigo da lei Lei n.º 106/2009 de 14 de Setembro.

A equipa de enfermagem tem em todos os turnos um chefe de equipa, que coordena e distribui as crianças internadas pelos enfermeiros escalados. A passagem de turno é primeiramente realizada na sala de reuniões, com os enfermeiros que iniciam o turno, e é o chefe de equipa do turno anterior que passa as ocorrências mais relevantes. Posteriormente, após a distribuição cada enfermeiro vai receber mais pormenorizadamente as ocorrências das crianças/adolescentes que ficam responsáveis, ao colega que esteve com essa criança/adolescente no turno anterior. O método de prestação de cuidados baseia-se nos cuidados de enfermagem individuais (Costa, 2004), uma vez que o enfermeiro não acompanha os cuidados da mesma criança desde o início ao fim do internamento, mas os cuidados ficam ao cuidado exclusivo da enfermeira atribuída até ao fim do turno.

UNIDADE DE ADOLESCENTES – HDE

A Unidade de Adolescentes surgiu em 1998, devido à necessidade de existir uma unidade de internamento de referência para esta faixa etária específica, a sul do país e ilhas. O espaço físico encontra-se no primeiro piso, no corredor que dá acesso ao bloco operatório. Insere-se na missão do hospital, recebendo adolescentes a partir dos oito anos até aos dezoito, intervalo de idades que não é rígido, como por exemplo em doenças crónicas que poder-se-á receber adolescentes que ainda sejam seguidos no HDE pela sua patologia crónica, para além da idade considerada pediátrica. Também poderá acontecer receber crianças com idade inferior a oito anos, se não existir vagas nos restantes serviços de internamento do hospital.

O internamento tem capacidade para onze vagas, uma destas traduz-se num isolamento, que tem WC no interior do quarto. As restantes unidades são quartos comuns, existindo dois quartos com duas camas e dois quartos com três camas. Cada unidade do cliente tem uma rampa de vácuo e outra de oxigénio, luz na cabeceira, campainha, uma mesa de cabeceira e um cadeirão. Os pais ou cuidadores podem acompanhar o adolescente durante o internamento, de acordo com a lei 106/2009 de 14 de Setembro. A estes são fornecidos cartões de identificação até ao máximo de dois. No período noturno apenas um acompanhante poderá pernoitar junto do adolescente, no cadeirão disponível para a unidade. Os adolescentes podem receber visitas todos os dias, das 14-16h e das 18-19h, duas visitas por adolescente.

As camas são articuladas e as grades são amovíveis, no entanto só duas camas têm características funcionais para cuidar de adolescentes com necessidades especiais, sendo articuladas eletronicamente e com possibilidade de nivelar a cama à altura do enfermeiro e permitindo um nível de segurança acrescido com grades fixas. Todos os adolescentes que não estejam com necessidade de isolamento utilizam um WC comum, apesar de existir uma casa de banho específica para adolescentes do género feminino e outra para o género masculino. Para além desta

especificidade, existe uma casa de banho ligeiramente maior que as supracitadas, com uma cadeira, lavatório e sanita adaptada para a higiene de adolescentes com necessidades especiais ou adolescentes que tenham dificuldade em deslocar-se. Importa referir que a casa de banho é utilizada também pelos pais ou acompanhantes dos adolescentes.

A unidade não tem pinturas específicas na parede, apenas alguns quadros realizados por adolescentes. No corredor encontram-se cacifos para cada cama, os quais têm uma chave que é entregue durante o acolhimento. Existe uma copa para os mesmos fins da copa já descrita na UCIP, tendo a alimentação a mesma proveniência. Junto da copa encontra-se a sala de trabalho de enfermagem. Esta tem as paredes forradas com azulejos brancos, e à entrada um quadro que esquematiza as onze vagas e permite colocar indicações específicas sobre cada adolescente, como a idade, alimentação e outras indicações específicas. Do lado oposto ao quadro, encontra-se a bancada que tem dois pequenos frigoríficos, um para acondicionar medicação, outro para acondicionar produtos biológicos, quando necessário. A bancada tem também os contentores de cortantes num dos cantos e máquinas infusoras noutra canto. Por baixo da bancada existe os consumíveis desde seringas, agulhas, soros, entre outros. Em cima da bancada encontra-se medicação habitual de stock, como antipiréticos, broncodilatadores, laxantes, catalogados em pequenas gavetas e divididos também entre os endovenosos e restantes vias de administração. Existe no fim da bancada lavatório e uma zona de limpeza de material de pequenas dimensões (ferros cirúrgicos, copos, tabuleiros). A sala tem um formato em L e a seguir ao lavatório encontramos uma maca extensível, na zona mais recatada da sala de trabalho. A privacidade do adolescente está garantida através de uma cortina que é esticada quando existe a necessidade de procedimentos neste local. Junto à maca existe também uma balança com craveira vertical. Os suportes de soro estão então no fundo da sala, a seguir à maca.

Existe também uma sala de atividades, que é denominado “Espaço Jovem”. Este foi recentemente remodelado e apresenta um aspeto acolhedor e no qual a maioria dos adolescentes gosta de passar o seu tempo durante a hospitalização. Esta apresenta uma mesa grande e com a possibilidade de ser extensível, com uma mesa

suplementar que se encontra num dos cantos da sala. Tem cadeiras, e sofás/cadeirões dispersos pela sala. Existe uma consola de jogos e um computador com ligação à Internet, dois aspetos que agradam muitos aos adolescentes, quando são informados desta possibilidade. Na parede oposta à entrada existe um móvel grande, que guarda diversos jogos de grupo e também uma biblioteca de livros de diferentes temas, aventura, banda desenhada, estudo, entre outros. A Unidade de Adolescentes tem uma educadora que realiza trabalhos manuais e dinamiza os jogos de grupo durante o período da manhã, nos dias de semana. Também uma vez por semana realiza-se um *atelier* de Origamis, à 3ª feira, atividade que tem muito sucesso entre os adolescentes.

Por último, existe uma sala de reuniões polivalente, que é utilizada por médicos e enfermeiros, e é nesta que acontece a passagem de turno. É equipada com uma mesa de reuniões comprida, cadeiras e computadores, para além de armários de arquivo diverso. Esta sala está em frente à entrada dos serviços, encontrando-se a secretária da unidade junto à entrada. Junto a este está o gabinete da enfermeira chefe e os vestiários dos enfermeiros e assistentes operacionais.

O método de prestação de cuidados de enfermagem baseiam-se nos cuidados de enfermagem individuais (Costa, 2004). A distribuição dos clientes hospitalizados pelos enfermeiros escalados é realizada pelo chefe de equipa do turno anterior, à exceção do turno da manhã, onde a distribuição é realizada pelo chefe ou seu substituto. Os cuidados são assegurados pelo enfermeiro que é então destacado para um determinado número de adolescentes, durante um turno. O motivo dos cuidados não serem distribuídos ao mesmo enfermeiro durante a hospitalização de um mesmo adolescente é justificável pelo volume de cuidados que por vezes alguns clientes necessitam, como é o caso de clientes com paralisia cerebral e espinha bífida, com grandes repercussões na autonomia, exigindo empenho físico, técnico e emocional por parte do enfermeiro, justificando a necessidade de alternar os cuidados com outros adolescentes, a cada turno.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Saúde, d. M. (2011). *Orientações para a Organização e Funcionamento das Unidades de Cuidados de Saúde Personalizados*. (M. d. Saúde, Ed.) Lisboa.

Costa, J. (2004, Outubro). Métodos de Prestação de Cuidados. *Millenium – Revista do ISPV* (30), 234-251.

Estefânia, d. H. (2003). *Urgência Pediátrica - Manual da Triage*. (H. d. Estefânia, Ed.) Lisboa.

Hockenberry, M.; Wilson, D. & Winkelstein, M. (2006). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (7.^a Edição). Rio de Janeiro: Elsevier.

Estefânia, d. H. (2010). *Guia de Acolhimento Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos – UCIP. Informação para Pais e Acompanhantes*. (H. d. Estefânia, Ed.) Lisboa.

Lei n.º 106/2009 de 14 de Setembro. *Diário da República n.º178/09 - 1.^a série*. Assembleia da República. Lisboa.

Saúde, D.-G. d. (2011). *Programa Nacional de Vacinação 2012*. (D.-G. d. Saúde, Ed.) Lisboa.

Par, A (n.d). *A Par, Aprender em Parceria*. (Par, A, Ed.). Acedido a 17 de Outubro de 2012 em <http://www.a-par.pt>.

Jovem, A.-S. (n.d.). *Aparece-Saúde Jovem*. (A.-S. Jovem, Ed.) Lisboa. Acedido a 20 de Junho de 2012 em <http://www.arslvt.min-saude.pt/Aparece/MP.aspx>.

Saúde, d. P. (2013). *Países Africanos de Língua Oficial Portuguesa (PALOP)*. M. d. Saúde, Ed.). Acedido a 20 de Março de 2013 em <http://www.portaldasaude.pt/portal/conteudos/informacoes+uteis/acesso+de+cidadãos+estrangeiros+a+cuidados+de+saude/cuidados+palop.htm>

Apêndice II

Guia Orientador das Atividades de Estágio



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

**Unidade Curricular:
Estágio com Relatório**

Um olhar sobre as Emoções no cuidar em enfermagem: O Trabalho Emocional com o Adolescente Hospitalizado

Guia Orientador das Atividades de Estágio

Docente:

Prof.^a Paula Diogo

Discente:

Maria João Caeiro N^o4002

Lisboa
2012-2013

NOTA INTRODUTÓRIA

As temáticas inerentes à problemática da adolescência sempre foram do meu interesse, por se apresentarem um desafio à abordagem e reflexão sobre o cuidar. O presente estágio surge no âmbito do Curso de Mestrado em Enfermagem e da Especialização em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem [ESCJ] (Diário da República [DR], 2011), que determina uma *caminhada* que surgiu da minha necessidade pessoal, profissional e académica em aprofundar as questões relacionadas com o adolescente no contexto de saúde-doença. Como enfermeira que exerce funções na Unidade de Adolescentes do Hospital D. Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central EPE – urge conhecer as diferentes vivências do adolescente, e o significado que este lhe atribui. Procurarei então apropriar-me das necessidades que os adolescentes sentem não só durante a sua hospitalização, mas também em contextos onde lhes é oferecido suporte em situações de saúde e doença. Especificamente as necessidades emocionais, dificuldade na gestão dessas mesmas emoções, por vezes perturbadoras, e o trabalho emocional desenvolvido, por parte do enfermeiro especialista, coloca-se como um aspeto que reflete a problemática, e na qual me proponho a refletir e a intervir. A finalidade deste trabalho é, então, canalizada para a melhoria da qualidade dos cuidados, focando o trabalho emocional que pretendo desenvolver nos cuidados ao cliente nesta faixa etária específica. A importância de em cada campo de estágio estar atenta e sensível às suas dinâmicas e a possíveis necessidades detetadas na equipa ou nos cuidados, motivará a minha intervenção no sentido de colmatar e enriquecer os cuidados através de atividades que sejam pertinentes e de utilidade para o cliente e para os enfermeiros.

Considerando o paradigma da transformação, que atualmente ocupa o lugar de destaque na conceção de enfermagem, como enfermeira que cuido do cliente na sua globalidade, remete-me para uma intervenção terapêutica holística, a qual tem em conta o todo que o cliente representa, as suas experiências, a sua saúde global e processos de saúde-doença associados. A saúde, na perspetiva de Watson (2002, p.86), tem enfoque na “totalidade da natureza do indivíduo”. Deste modo, não

podemos desvincular a experiência humana das emoções, única de cada cliente, a qual é também objeto dos cuidados de enfermagem. Por este motivo importa o presente estágio, na lógica de compreender o adolescente na sua globalidade. Este documento desenvolver-se-á de seguida com breve enquadramento teórico sobre os conceitos que nortearam os estágios e integraram o documento fornecido a cada orientadora de estágio, explicitando os objetivos e atividades propostas para cada campo de estágio.

ENQUADRAMENTO TEÓRICO

O Adolescente

A adolescência tem vindo a adquirir um enfoque crescente ao longo dos tempos, determinado pela importância das capacidades e competências a desenvolver, por parte dos adolescentes, e que caracterizam este período do ciclo vital. O conceito de adolescente definido pela Organização Mundial de Saúde [OMS]: “atribui as designações de adolescentes e de jovens aos indivíduos que têm entre 10 e 19 anos e entre 15 e 24 anos, respetivamente” (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2010, p.13). Esta designação é partilhada pela OE, e nas quais vou definir o conceito de adolescente como termo preferencial, uma vez que a idade predominante nos estágios perspectivados se situa entre os 8-18 anos, intervalo aproximando do que se define no conceito de adolescente pelas entidades supracitadas. Para além da idade, outras características são comuns aos adolescentes nesta fase. Etimologicamente adolescente deriva de “*ad+olescere* = crescer para” (Santos, 1999, p.38), considerada uma “etapa da vida compreendida entre a infância e a fase adulta marcada por um complexo processo de crescimento e desenvolvimento biopsicossocial” (OE, 2010, p.13), conceito partilhado por Papalia, Olds e Feldman (2009).

Com a puberdade, associado ao crescimento físico, também o desenvolvimento nas diferentes vertentes tem uma importância fulcral. A capacidade de desenvolver um pensamento abstrato, ao qual Piaget denominou este como estágio das *operações formais*, capacita o adolescente para a utilização de símbolos, colocação de hipóteses, e relacionar conceitos (Oliveira, 2008; Papalia *et al.*, 2009). Ao adquirir esta capacidade, Kolberg considera o desenvolvimento moral nos adolescentes mais novos focado nas “expectativas de um grupo de pessoas” (Opperman & Cassandra, 2001, p.180), ao qual denominou de nível convencional. Deseja-se que, ao adquirir competências de adulto, o adolescente tenha a capacidade de se distanciar das situações e refletir “tendo em conta diversos pontos de vista (...) [percebendo] a necessidade de individualizar” (Opperman & Cassandra, 2001,

p.181). O desenvolvimento social estudado por Erikson encontra nesta fase do ciclo vital uma crise determinada pelo binómio da identidade *versus* confusão de papéis. Esta é caracterizada por “três questões principais: a escolha de uma ocupação, a adoção de valores nos quais se basear e o desenvolvimento de uma identidade sexual satisfatória” (Papalia *et al.*, 2009, p.469). A resolução desta crise com sucesso, permite a aquisição de uma virtude, caracterizada pela fidelidade, associada ao sentimento de pertença, construção da identidade e confiança nos outros (Papalia, *et al.*, 2009; Sprinthall & Collins, 2011). A conjugação desta maturidade nas diferentes vertentes traduz-se no “aumento da amizade íntima entre adolescentes [refletindo o] desenvolvimento cognitivo e emocional” (Papalia *et al.*, 2009). A par desta intimidade, o desenvolvimento psicosexual estudado por Freud, caracteriza as relações íntimas e a possibilidade de iniciar relações de cariz sexual, originadas pela necessidade de satisfazer os seus impulsos sexuais, fora do ambiente familiar, o que reforça sua necessidade de independência dos pais. (Sprinthall & Collins, 2011). O Programa Nacional de Saúde dos Jovens [PNSJ] 2006-2010 (DGS, 2006) corrobora estas características como eixos de referência essenciais para o desenvolvimento harmonioso do adolescente. Existem também fatores que são considerados positivos, ou protetores para que a adolescência seja vivida de forma harmoniosa. Entre estes salienta-se a família, grupo social, a escola e a comunidade em que cada adolescente se insere, contribuindo para o seu fortalecimento ou fragilidade emocional (Matos *et al.*, 2010). Estes fatores estão então intimamente relacionados com o “desenvolvimento físico, cognitivo, emocional e social. As perceções de vínculo com os outros, em casa e na escola, afetam positivamente a saúde e o bem-estar dos jovens em todos os domínios” (Papalia *et al.*, 2009, p.439).

O Trabalho Emocional em Enfermagem

Os enfermeiros estão numa posição estratégica para atenderem às necessidades dos adolescentes, especialmente as suas necessidades emocionais. Podemos então aqui ancorar a necessidade de intervenção através do trabalho emocional, uma vez que a interação intencional que integra as “transações humanas do cuidar incluem o uso único que o enfermeiro faz do *Eu*, através de movimentos, sentidos,

tocar, sons, palavras, cores e transmite e reflete a condição da pessoa, novamente para essa pessoa” (Watson, 2002, p.103). A utilização do *Eu* remete para o uso terapêutico das emoções em enfermagem, como ferramenta de transformação de vivências emocionalmente intensas ou negativas para o adolescente e sua família em momentos de tonalidade positiva. A utilidade desta ferramenta é reconhecida pelos enfermeiros, ao refletirem sobre os cuidados que prestam (Staden, 1998).

A palavra cuidar surge com tom afetivo e de proporcionar algo bom a quem cuidamos, apelando ao amor no contexto de cuidados, sendo um “ato de poder e beleza para nós próprios e para quem servimos [cuidamos] (Watson, 2003, p. 199). A mesma autora descreve a enfermagem “como um processo de cuidar de humano-para-humano” (Watson 2002, p.69), que fundamenta o cuidar associado à ternura, considerando neste sentido que “o processo de cuidar entre um enfermeiro e outro indivíduo é uma dádiva especial e delicada que deve ser estimada” (Watson, 2002, p.85). O afeto que esta relação tem inerente proporciona a aproximação e comunicação, também esta especial, entre enfermeiro e cliente (Watson, 2002). O cuidar para a autora toma uma dimensão para além do físico, encontrando-se não só na esfera profissional, mas também na esfera emocional, mental, experiencial, estéticas e espiritual (Watson, 2002, p.115). A utilização do *Eu* (enfermeiro) como instrumento terapêutico das emoções em enfermagem, permite que este se consciencialize do potencial existente no seu trabalho emocional, junto do adolescente e família, permitindo o desenvolvimento de uma prática intencional procurando a recuperação, com base no conceito de *healing*. Este conceito procura designar o “processo que conduz à saúde, restaura o equilíbrio e o balanço entre a mente e o corpo [podendo ser associado a] acontecimentos físicos ou não físicos (...). [Procura ser] o foco central unificador que designa a essência (...) da disciplina [de enfermagem]. (Diogo, 2012, p.15). A união harmoniosa entre corpo e mente toca com a visão de Watson (2002, p.120), no que entende por cuidados transpessoal, associado a uma arte, a forma como os sentimentos são evocados dentro da relação do cuidar, potenciando a “auto-recuperação”. A relação terapêutica é palco onde se desenrola um ambiente com vista à recuperação, cura e promoção de saúde, e que Benner (2001) apelidou também de *healing*. O enfermeiro mobiliza na sua prática formas de promover este conceito, tal como incentivar a esperança no cliente e na

equipa, acreditando nestes e no seu potencial, procurar compreender cada situação e clarificá-la ao cliente e permitir ao cliente a expressão de emoções, bem como apoiá-lo e encaminhá-lo, se assim for necessário (Benner, 2001). Corroborando esta competência do enfermeiro, Watson (2002, p.120) expressa que a capacidade de deteção cuidadosa das emoções do cliente, por parte do enfermeiro, que pode “expressá-la com todo o cuidado, (...) [permitindo que] o recetor [liberte] os sentimentos que tem ansiado e desejado expressar; assim a subjetividade humana é restabelecida. Isto é o que chamo de cuidar transpessoal”.

O envolvimento é um elemento fulcral nesta relação, no sentido que se promove “a participação de todo o eu, usando toda a dimensão da pessoa como uma fonte no relacionamento profissional” (Watson, 2002, p.115). Podemos aferir como uma derivação deste envolvimento, o uso terapêutico das emoções, como já foi referido. Benner (2001) ilustra a necessidade de envolvimento como fonte de poder e solucionar de forma eficaz um problema. Estes, quando complexos, necessitam ser bem analisados, que aliando a sensibilidade, considera-se que “a perícia depende do envolvimento da pessoa numa dada situação (...). Sem envolvimento do cuidar, os cuidados de enfermagem não terão poder” (Benner, 2001, p.235-236). O “envolvimento emocional traduz o investimento dos enfermeiros numa ligação afetiva, proximidade, conhecimento mútuo e confiança na construção da relação com o cliente” (Diogo, 2012, p.147). Na ótica de Watson (2002), um cruzamento entre a experiência do enfermeiro e do cliente, que numa dimensão intersubjetiva, envolvendo o ato e tomada de decisão conjunta, determina a essência do cuidar transpessoal, onde a enfermagem não esquece a dignidade a subjetividade, e a humanidade inerente à condição humana.

O conceito de trabalho emocional tem a sua origem na sociologia e é definido como a capacidade de “induzir ou suprimir sentimentos [no enfermeiro] de forma a expressar uma determinada fisionomia exterior, e através desta produzir um determinado sentimento no outro” (Hochschild, 1983, p.7). Este conceito procura um envolvimento tal por parte de quem o utiliza como ferramenta, que abrange a mente e o sentimento, devendo ser honrado pela sua especificidade, profundo na sua essência e individualidade (Hochschild, 1983). Os elementos determinantes no

trabalho emocional são tecidos pelo contacto direto facial ou vocal com o cliente; a produção de um determinado estado emocional no cliente, e permitir que através de treino e supervisão regular um grau de controlo sobre as atividades emocionais dos trabalhadores [enfermeiros] (Hochschild, 1983, p.147). Este conceito é aplicado e desenvolvido na enfermagem em estudos pioneiros realizados por Pam Smith no início dos anos 1990. Estas características são exploradas em estudos mais recentes de Gray, 2009; Gray e Smith, 2009, onde relevam o “potencial valor terapêutico do trabalho emocional” (Gray, Smith, 2009, p.253).

A importância da consciencialização do trabalho emocional, por parte do enfermeiro, é importante, e envolve “a capacidade [de] (...) compreender e corretamente detetar sentimentos (...) [que] pode ocorrer através de ações, palavras, comportamentos, cognição, linguagem corporal, sentimentos, pensamentos, sensação, intuição e por ai fora” (Watson, 2002, p.112). A forma como podemos promover uma experiência emocional positiva é diversa, através da relação de cuidados estabelecida entre enfermeiro, adolescente e sua família. Tavares (2011, p.25) salienta que “é arte quando a enfermeira, ao experimentar ou procurar compreender os sentimentos do outro, é capaz de os desvendar e de os sentir e, por sua vez, de os entender mais profundamente”. Watson (2002, p.103), considera o enfermeiro a pessoa que, por excelência, através de “movimentos, sentidos, tocar, sons, palavras, cores transmite e reflete a condição da pessoa (...) [realizando isto de tal forma que] permite a libertação e o fluir de sentimentos intersubjetivos e pensamentos, elevando a energia (...) [promovendo] a harmonia interior”.

O ambiente físico e acolhedor é fulcral para a minimização do impacto da hospitalização, sendo um *cartão de boas-vindas*, que se inicia no acolhimento e deve persistir ao longo do internamento. A preocupação de conservar um espaço onde não ocorre eventos traumáticos, como o quarto ou a sala de atividades, minimiza a ansiedade face aos procedimentos dolorosos (Diogo, 2012). A promoção de um “ambiente seguro e afetuoso através de um ambiente hospitalar humanizado, associado ao ambiente físico [tem] uma influência muito grande entre si e na transformação da emocionalidade vivida pelos clientes” (Diogo, 2012, p.178). Neste sentido, “as condições do contexto que identificamos são a alavanca comum que

despoleta a ação/interação dos enfermeiros (...) no processo de uso terapêutico das emoções” (Diogo, 2012, p.178). O acolhimento é então um momento importante para conhecer o adolescente e estabelecer uma relação com ele e sua família, cuidador informal ou acompanhantes. Deste modo, “a entrevista ao adolescente constitui-se como oportunidade única para o conhecimento das tendências, costumes e particularidades desta população em constante mudança, de modo que as intervenções de enfermagem respondam, efetivamente, às suas necessidades de saúde e bio-psicossociais” (OE, 2010, p.35).

Como elemento do trabalho emocional, saber realizar uma *gestão emocional de antecipação*, como Diogo (2012, p.130) explicita, promovida através de uma “postura calma e carinhosa; mostrar disponibilidade; preparação para os procedimentos; fornecer explicações/informações; favorecer a expressão de sentimentos; dar reforço positivo; distração (...)” entre outras. A possibilidade do adolescente expressar “medos, liberta energias e envolve os outros (...) [para além de] restabelecer uma conexão com o ambiente e a sua vida .” (Zengerle-Levy, 2004, p.1267). A utilização do humor em contexto de cuidados é uma estratégia que permite *quebrar o gelo* e proporcionar ao cliente uma forma de “gerir sentimentos e ultrapassar medos, angústia e ansiedade, associados a situações desagradáveis que poderão comprometer o bem-estar” (José, 2010, p.236). A promoção dos cuidados *nutridos com afeto*, envolvendo a comunicação, empatia, postura verbal e não-verbal (tom de voz, fala, olhar, sorriso, toque), compreensão pela situação do adolescente, transmitindo-lhe segurança e bem-estar, associados ao carinho e ao sentimento de pertença, confiança e amor (Zengerle-Levy, 2004; Diogo, 2012), estão associados ao conceito de trabalho emocional. Esta *dádiva de afeto* promove “o alívio do sofrimento, (...) constitui uma forma de ajuda e apoio (...), resulta numa melhor colaboração dos clientes e no desenvolvimento e consolidação da relação” (Diogo, 2012, p.128). Por outro lado, o mesmo estudo afirma que “em consequência destas práticas, os clientes sentem tranquilidade, bem-estar e a percepção de não ser tão mau estar hospitalizado” (Diogo, 2012, p.129), reforçando a possibilidade de uma vivência emocional positiva durante a hospitalização. A empatia é também considerada uma técnica afetiva, uma vez que liga ambos os intervenientes da relação de forma terapêutica, permitindo compreender mais profundamente as

necessidades do adolescente (Delaney, 2006). A música, como redutora do stress e estímulo imunitário, pode ser uma terapia adjuvante às medidas farmacológicas (Avers, Mathur & Kamat, 2007). Esta é também um veículo de comunicação e enriquecedor do ambiente, potenciando a cura (*heal*) e o bem-estar (Zengerle-Levy, 2004). Particularmente nos adolescentes, a alegria, descontração, divertimento, convívio e vitalidade, são sentimentos positivos que a música desperta nesta faixa etária, quando adequada aos seus gostos, propiciando as relações afetivas (Oliveira, 2008). A escrita e leitura surge também como um veículo de emoções, nas mais variadas formas (Raingruber, 2004). Os jornais de poesia traduzem um trabalho emocional positivo nos adolescentes, ajudando-os a lidar com sentimentos e emoções intensas (Raingruber, 2004).

Objetivos e Atividades a desenvolver em cada local de Estágio

Os objetivos gerais são transversais a todos os estágios. Os objetivos específicos já se enquadram em cada estágio de forma articulada com as atividades, pelo que se encontram em formato de quadro.

Objetivos Gerais:

- Desenvolver competências gerais e específicas de enfermeira especialista em ESCJ (DR, 2011);
- Desenvolver o trabalho emocional no processo de cuidados de enfermagem ao adolescente hospitalizado.

Unidade Funcional de Atendimento a Jovens “Aparece-Saúde Jovem”

Objetivos Específicos	Atividades
Identificar as necessidades do adolescente em contexto de consulta.	<ul style="list-style-type: none">- Acompanhamento, observação direcionada e análise crítica das consultas a adolescentes. Registo em diário de campo de situações, acontecimentos e interações, e reflexão fundamentada em jornal de aprendizagem, com enfoque no trabalho emocional desenvolvido pela enfermeira orientadora;- Elaboração de documentos reflexivos sobre as aprendizagens adquiridas no “Curso de Atualização” realizado pelo “Aparece-Saúde Jovem”.- Pesquisa bibliográfica sobre os temas focados ao longo do estágio e mobilização da evidência nos documentos elaborados.

<p>Desenvolver estratégias e intervenções promotoras de experiências emocionais positivas no adolescente;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Aplicação de Painel Temático na sala de espera, com tema relacionado com a gestão das emoções no adolescente. Colocação de folhas de avaliação de preenchimento individual, junto ao Painel. Elaboração de Documento Justificativo da Atividade. - Elaboração de Folheto Informativo sobre contraceção hormonal oral, a pílula. Elaboração de Documento Justificativo da Atividade. - Elaboração de Folheto Informativo sobre os desconfortos na gravidez. Elaboração de Documento Justificativo da Atividade.
<p>Refletir sobre a importância da avaliação global de saúde e intervenção para a promoção de saúde do adolescente.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de Estudo de Caso decorrente da observação crítica das consultas. - Apresentação do Estudo de Caso, como formadora, no XIII Curso de Formação do Aparece “Saúde dos Adolescentes – Curso de Atualização”, desenvolvidas pela Unidade de Atendimento a Adolescentes “Aparece – Saúde Jovem”. Elaborado Documento Justificativo da Atividade; - Participação no curso de atualização, como formanda, XIII Curso de Formação do Aparece “Saúde dos Adolescentes – Curso de Atualização” e posterior reflexão sobre o que foi apresentado, em Documento Reflexivo sobre as aprendizagens adquiridas; - Participação no curso de atualização, como formanda, na conferência sobre o tema, “Promoção da Esperança nos Processos de Saúde - Doença” e posterior reflexão sobre o que foi apresentado, em Documento Reflexivo sobre as aprendizagens adquiridas.

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados [UCSP]

Objetivos Específicos	Atividades
Identificar as necessidades emocionais da criança, cuidadores informais e/ou adolescente em contexto de cuidados de saúde primários.	- Observação e participação nas consultas de saúde infantil e análise crítica sobre as mesmas. Registo em Diário de Campo e reflexão fundamentada em Jornal de Aprendizagem .
Desenvolver estratégias e intervenções terapêuticas promotoras de experiências emocionais positivas na criança e cuidadores informais e/ou adolescente.	- Aplicação de Poster na sala de espera, junto ao gabinete de Planeamento Familiar, com tema relacionado com os afetos do adolescente. Elaboração de Documento Justificativo da Atividade . - Reflexão sobre as estratégias mobilizadas no decorrer das consultas de Saúde Infantil e Planeamento Familiar junto de adolescentes em Diário de campo e Jornal de Aprendizagem.
Refletir sobre a importância da avaliação global de saúde e intervenção para a promoção de saúde da criança e do adolescente.	- Elaboração de Documento que analisa a avaliação do crescimento e desenvolvimento, em diferentes faixas etárias. - Prestação de cuidados, colaborando nas consultas de Saúde Infantil e/ou de Planeamento Familiar, com supervisão da enfermeira orientadora.

Serviço de Urgência Pediátrica - Hospital D. Estefânia, CHLC

Objetivos Específicos	Atividades
Identificar as necessidades emocionais do adolescente em contexto de Serviço de Urgência Pediátrica.	<ul style="list-style-type: none">- Observação e análise crítica sobre as intervenções da enfermeira orientadora. Elaboração de Diários de Campo e Jornal de Aprendizagem onde será alvo de análise o trabalho emocional desenvolvido pela enfermeira e as necessidades dos adolescentes e/ou cuidadores informais no contexto do serviço de emergência.- Registo reflexivo sobre situações observadas/ vivenciadas durante os cuidados ou interação com clientes (Jornal de Aprendizagem).
Desenvolver estratégias e intervenções terapêuticas promotoras de experiências emocionais positivas para o adolescente em contexto de urgência pediátrica.	<ul style="list-style-type: none">- Elaboração de Algoritmo de Atuação em Enfermagem sobre o Trabalho Emocional com Adolescentes, o qual permitirá consulta rápida pela equipa de enfermagem na prestação de cuidados ao adolescente. Elaboração de Documento Justificativo da Atividade.
Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância do trabalho emocional em enfermagem,	<ul style="list-style-type: none">- Realização de Formação em Serviço a equipa de enfermagem, dando a conhecer o conceito de trabalho emocional e a forma como este se expressa na prestação de cuidados. Mobilização de Grelha de Observação adaptada de Diogo (2012) para individualizar o conteúdo da formação. Elaboração de Documento Justificativo da Atividade.

em ambiente de urgência pediátrica.	<ul style="list-style-type: none"> - Divulgação do Algoritmo de Atuação em Enfermagem sobre o Trabalho Emocional com Adolescentes, nomeadamente na formação em serviço, o qual permitirá uma sustentação dos cuidados na evidência esquematizada no algoritmo. - Elaboração de um Dossier de Artigos que suportaram o estágio e as atividades realizadas, o qual ficará disponível para consulta no serviço. Elaboração de Documento Justificativo da Atividade.
Prestar cuidados de crescente complexidade à criança e adolescente em situações de urgência.	<ul style="list-style-type: none"> - Prestação de cuidados em colaboração com a enfermeira orientadora e não valências que estiver destacada em cada turno. Reflexão sobre os cuidados observados e prestados em Diário de Campo ou Jornal de Aprendizagem.

Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos - Hospital D. Estefânia, CHLC

Objetivos Específicos	Atividades
Prestar cuidados de crescente complexidade à criança e adolescente hospitalizado numa UCIP;	<ul style="list-style-type: none"> - Prestação de cuidados à criança e/ou adolescente hospitalizado na UCIP, bem como aos pais e/ou cuidadores do cliente hospitalizado. - Reflexão fundamentada dos cuidados observados e prestados em Diário de Campo e em Jornal de Aprendizagem.
Identificar as necessidades emocionais do adolescente	<ul style="list-style-type: none"> -Prestação de cuidados, com enfoque nas necessidades emocionais dos adolescentes e/ou

<p>em contexto de Cuidados Intensivos Pediátricos.</p>	<p>cuidadores informais durante a hospitalização;</p> <ul style="list-style-type: none"> - Pesquisa e leitura de bibliografia sobre o trabalho emocional nos cuidados de enfermagem numa unidade de cuidados intensivos pediátricos e mobilização da evidência encontrada nos documentos elaborados, como Diários de Campo e Jornal de Aprendizagem.
<p>Desenvolver estratégias e intervenções terapêuticas promotoras de experiências emocionais positivas ao cliente (criança ou adolescente) e cuidadores informais em contexto de Cuidados Intensivos Pediátricos;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Divulgação do Algoritmo de Atuação em Enfermagem sobre o Trabalho Emocional com Adolescentes, nomeadamente em Formação em Serviço, o qual permitirá uma sustentação dos cuidados na evidência esquematizada no algoritmo. Realização de Documento Justificativo da Atividade. - Prestação de Cuidados, mobilizando estratégias e intervenções que evidenciem o trabalho emocional nos cuidados prestados, de acordo com a evidência científica encontrada.

<p>Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância do trabalho emocional em enfermagem, em ambiente de cuidados intensivos pediátricos.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de Formação em Serviço a equipa de enfermagem, dando a conhecer o conceito de trabalho emocional e a forma como este se expressa na prestação de cuidados. Mobilização de Grelha de Observação adaptada de Diogo (2012) para individualizar o conteúdo da formação. Elaboração de Documento Justificativo da Atividade. - Divulgação do Algoritmo de Atuação em Enfermagem sobre o Trabalho Emocional com Adolescentes, nomeadamente na formação em serviço, o qual permitirá uma sustentação dos cuidados na evidência esquematizada no algoritmo.
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

Unidade de Adolescentes do Hospital D. Estefânia - CHLC

Objetivos Específicos	Atividades
<p>Identificar as necessidades emocionais do adolescente em contexto de hospitalização.</p>	<ul style="list-style-type: none"> -Prestação de cuidados, com enfoque nas necessidades emocionais dos adolescentes e/ou cuidadores informais durante a hospitalização na unidade de adolescentes; - Pesquisa e leitura de bibliografia sobre o trabalho emocional nos cuidados de enfermagem durante a hospitalização; -Confrontação das necessidades identificadas face ao descrito em evidência científica; - Registo reflexivo sobre situações observadas/ vivenciadas durante os cuidados ou interação com

	<p>clientes, relacionado com a bibliografia encontrada sobre o tema (Jornal de Aprendizagem);</p> <ul style="list-style-type: none"> - Elaboração de diários de campo, onde será alvo de descrição o trabalho emocional desenvolvido e as necessidades dos adolescentes e/ou cuidadores informais no contexto de hospitalização.
<p>Desenvolver estratégias e intervenções terapêuticas promotoras de experiências emocionais positivas ao cliente (criança ou adolescente) e cuidadores informais em contexto de hospitalização;</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Divulgação do Algoritmo de Atuação em Enfermagem sobre o Trabalho Emocional com Adolescentes, nomeadamente em Formação em Serviço, o qual permitirá uma sustentação dos cuidados na evidência esquematizada no algoritmo. Realização de Documento Justificativo da Atividade. - Mobilização de estratégias e intervenções que evidenciem o trabalho emocional nos cuidados prestados, e sustentados na evidência científica e espelhados nem Diários de Campo e Jornais de Aprendizagem. - Aplicação do Poster “Os Jovens e os Afetos” na sala de atividades. Elaboração de Documento Justificativo da Atividade. - Elaboração e lançamento no número 2 do “Jornal Jovem”, com a colaboração dos adolescentes hospitalizados.
<p>Sensibilizar a equipa de enfermagem para a importância do trabalho emocional nos cuidados de enfermagem ao adolescente e/ou criança hospitalizado e seus cuidadores informais.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - Realização de Formação em Serviço a equipa de enfermagem, dando a conhecer o conceito de trabalho emocional e a forma como este se expressa na prestação de cuidados. Mobilização de Grelha de Observação adaptada de Diogo (2012) para individualizar o conteúdo da formação. Elaboração de Documento Justificativo da Atividade. - Divulgação do Algoritmo de Atuação em Enfermagem sobre o Trabalho Emocional com Adolescentes, nomeadamente na formação em serviço, o qual permitirá uma sustentação dos

	cuidados na evidência esquematizada no algoritmo
Prestar cuidados ao adolescente hospitalizado.	- Prestação de cuidados ao adolescente hospitalizado na Unidade de Adolescentes, recorrendo à reflexão fundamentada e descrição em Diários de Campo e Jornal de Aprendizagem .

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Avers, L., Mathur, A. & Kamat, D. (2007, Setembro). Music Therapy in Pediatrics. *Clinical Pediatrics*. 46 (7), 575-579.

Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica, Perspectiva Desenvolvimentalista* (2.^a Edição). Lisboa: Editora Climpesi.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito, Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. (Vol. N.º 3). Coimbra: Quarteto Editora.

Delaney, K. (2006). Top 10 Mileu Interventions for Inpatient Child/Adolescent Treatment. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 19(4), pp. 203-214.

Diogo, P. (2012). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica, Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. Loures: Lusociência.

Enfermeiros, O. d. (2002, Setembro). *Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem: Enquadramento Conceptual; Enunciados Descritivos*. (O. d. Enfermeiros, Ed.) Lisboa.

Enfermeiros, O. d. (2009, Dezembro). *Sistema de Individualização das especialidades clínicas em enfermagem- perfil de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista*. (O. d. Enfermeiros, Ed.) Lisboa.

Enfermeiros, O. d. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* (Série I, N.º3, Vol. 1). (O. d. Enfermeiros, Ed.) Lisboa.

Gray, B. (2009). The Emotional Labour of Nursing – Defining and Managing Emotions in Nursing Work. *Nurse Education Today*, 29, 168-175.

Gray, B. & Smith, P. (2009). Emotional Labour and the clinical settings of nursing care: the perspectives of nurses in east London. *Nurse Education in Practice*, (9), pp.253-261.

Hochschild, A. (1983). *The Managed Hearth. Commercialization of Human Feeling*. Berkeley: University of California Press, Ltd.

José, H. (2010). *Resposta Humana ao Humor: Humor como Resposta Humana*. Loures: Lusociência.

Matos, M., Simões C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Ramiro, L., et al. (2010). *Aventura Social & Saúde: A Saúde dos Adolescentes Portugueses, Relatório do Estudo HBSC 2010*. Lisboa: Aventura Social e Saúde.

Oliveira, A. (2008). *Ilusões na Idade das Emoções, Representações Sociais da Morte, do Suicídio e da Música na Adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Opperman, S. & Cassandra, K. (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Loures: Lusociência.

Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (2009). *O Mundo da Criança, da Infância à Adolescência* (11.^a Edição). São Paulo: McGraw-Hill.

Raingruber, B. (2004, Janeiro-Março). Using Poetry to Discover and Share Significant Meanings in Child and Adolescent Mental Health Nursing. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 17 (1), 13-20.

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República n.º 35 – II Série*. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República n.º 35 – II Série*. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde da Criança e do Jovem. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Santos, I. (1999, Setembro). Alcoolismo na Adolescência – Que intervenção?. *Nursing*, (13), pp. 38-39.

Saúde, D. -G. d. (2006). *Programa Nacional de Saúde dos Jovens 2006-2010*. (D.-G. d. Saúde, Ed.) Lisboa.

Saúde, D.-G. d. (2005). *Saúde Infantil e Juvenil, Programa-Tipo de Actuação*. (2.^a Edição ed., Vol. 12). (D.-G. d. Saúde, Ed.) Lisboa.

Sprinthall, N. & Collins, W. (2011). *Psicologia do Adolescente, Uma Abordagem Desenvolvimentista* (5.^a Edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Staden, H. (1998). Alertness to the needs of others: a study of the emotional labour of caring. *Journal of Advanced Nursing*. 27, 147-156.

Tavares, P. (2011). *Acolher Brincando, A brincadeira terapêutica no acolhimento de enfermagem à criança hospitalizada*. Loures: Lusociência.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar, Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Watson, J. (2003, Julho-Setembro). Love and Caring. Ethics of Face and Hand – An Invitation to Return to the Heart and Soul of Nursing and our Deep Humanity. *Nursing Administration Quarterly*, 27 (3), pp. 197-202.

Zengerle-Levy, K. (2004, Setembro). Practices that Facilitate Critically Burned Children's Holistic Healing. *Qualitative Health Research*, 14 (9), 1255-1275.

Apêndice III

Cronograma dos Estágios

Cronograma dos Estágios

Locais de Estágio e Períodos de Trabalho ao longo do 3.º Semestre.

	2012												2013							
	Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro			Fevereiro				
Locais de Estágio	1	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	20	3	7	14	21	28	4	11
	5	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	19	2	4	11	18	25	1	8	15
Unidade Funcional Atendimento a Adolescentes "Aparece"																				
	E													N						
	S													A						
	E													T						
	L													A						
Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados																				
Serviço de Urgência do Hospital D. Estefânia																				
Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos do Hospital D. Estefânia																				
Unidade de Adolescentes – Hospital D. Estefânia																				

Apêndice IV

Diários de Campo da Experiência Formativa



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

**Unidade Curricular:
Estágio com Relatório**

Diários de Campo da Experiência Formativa

Docente:

Prof.^a Paula Diogo

Discente:

Maria João Caeiro N^o4002

Lisboa
2012 - 2013

INTRODUÇÃO

A importância destes documentos destaca-se pela sua característica de registo direcionado e baseado na observação de uma situação concreta ou de uma vivência. Esta recolha de dados integra-se no conceito de “compilação de informação a mais completa possível, sobre uma situação particular: Trata-se de um processo (...) de conhecimento do real.” (Gauthier, 2003, p. 259). Definir-se-á então tópicos e sub-tópicos de observação que englobam estes diários. Para a presente temática em que incide o estágio, releva-se a:

- Reflexão sobre o trabalho emocional desenvolvido pela enfermeira especialista em ESCJ (DR, 2011);
- Considerar na observação e descrição os pontos importantes no trabalho emocional em enfermagem pediátrica, explicitados por Diogo (2012): **Promover um ambiente seguro e afetuoso; nutrir os cuidados com afeto, gerir as emoções dos clientes e construir a estabilidade na relação;**
- Atender aos pontos chave da entrevista com o adolescente, definido pelo *Guia Orientador de Boas Práticas em Enfermagem Pediátrica: Entrevista ao Adolescente* (OE, 2010);
- Reconhecer nas ações e intervenções da enfermeira orientadora as competências de enfermeira especialista em ESCJ (DR, 2011), explicitando-as no decurso dos diários de campo das experiências formativas;
- Compreender as necessidades dos adolescentes no contexto de saúde-doença;
- Em contexto comunitário, compreender o que motiva o adolescente a procurar os serviços de saúde;
- Em contexto hospitalar, quais as necessidades que o adolescente expressa quando o ambiente se torna controlado e direcionado para intervenções no âmbito do diagnóstico de doença aguda ou crónica;

- De que forma, em ambos os contextos, a equipa é sensível e responde a estas necessidades, nomeadamente o enfermeiro especialista em ESCJ (DR, 2011).

DIÁRIOS DE CAMPO DA EXPERIÊNCIA FORMATIVA: ESTÁGIO NA UNIDADE FUNCIONAL DE ATENDIMENTO A ADOLESCENTES “APARECE, SAÚDE JOVEM”

Diário de Campo I – Consulta de primeira vez...

A consulta de primeira vez na Unidade de Atendimento a Adolescentes “Aparece-Saúde Jovem” acolhe o adolescente de forma confidencial, e dá-lhe a conhecer de forma sucinta as valências que o adolescente pode encontrar na Unidade e de que forma este lhe poderá ter acesso (através de consulta imediata ou através de marcação). Porém, não é descurado o motivo que leva o adolescente a recorrer a esta unidade, e o qual é trabalhado na consulta. Neste sentido, o primeiro profissional de saúde com que se depara é a enfermeira especialista em ESCJ (DR, 2011), que realiza a primeira consulta. Tive oportunidade de observar algumas primeiras consultas, pelo que considereei pertinente dar uma visão global do que é abordado neste primeiro contacto com a Unidade.

É então aberto processo, com características próprias e estruturado para uma colheita de dados dirigida para a as necessidades padrão dos adolescentes. O “Aparece-Saúde Jovem” tem um documento/pasta que é definido como o processo do adolescente, onde figura registos ou documentos referentes a cada adolescente em questão. Como base para a definição de necessidades, é utilizado um instrumento internacional de avaliação psicossocial: **HEADSS**, que corresponde cada letra a **H** (home-casa, família), **E** (education), **A** (activities), **D** (drugs), **S** (sexuality) e **S** (suicide). Para além destes parâmetros, que vão sendo preenchidos no decurso da consulta, a ficha sugere um enquadramento do adolescente no momento presente, uma vez que muitos dos clientes do “Aparece-Saúde Jovem” são estudantes que apenas residem transitoriamente em Lisboa (por exemplo estudantes) ou adolescentes que trabalham em Lisboa, mas residem nos arredores ou até fora da área metropolitana de Lisboa. Porém, saber com quem reside, onde e se tem pessoas de referência, quer familiares, quer amigos, é um traço da entrevista a salientar. É explicado que esta entrevista inicial permite que os profissionais e a

enfermeira que o atende o conheça melhor, e o possa ajudar de forma individualizada face aos motivos que levam o cliente a recorrer ao “Aparece – Saúde Jovem”.

Aprofunda-se as questões familiares, nomeadamente antecedentes familiares, e ocupação dos pais ou cuidadores informais. Saber se o adolescente frequenta algum curso ou escola, ano que frequenta e se gosta de estudar. Por outro lado, poderá ser importante perceber se o adolescente já trabalha e se esta ocupação lhe fornece meio de subsistência. As atividades que desenvolve nos tempos livres, e se estas são uma fonte de bem-estar para o adolescente, permitindo através desta promover estilos de vida saudáveis, algo que é trabalhado em conjunto com as questões da alimentação, também abordada nesta consulta. Os diferentes consumos, associados ao tabaco, álcool ou drogas, bem como outro tipo de medicação, ajuda a encontrar uma panorâmica dos riscos associados. Quando estes hábitos existem, importa entender quando começou e a frequência deste. Outro aspeto importante e que tem um peso significativo na consulta é como o adolescente vive a sua sexualidade. Aqui é deslindado, se for uma adolescente, a menarca, se os seus ciclos são regulares e se a menstruação é dolorosa. Também a forma como vive a sua sexualidade, se tem namorado, que método contraceptivo utilizam, idade do início de vida sexual e o número de parceiros até então.

Após a colheita de dados, em que permite à enfermeira compreender o contexto familiar, psicossocial e económico do adolescente, é trabalhado com este o motivo que o trouxe ao “Aparece-Saúde Jovem”. Importante é também o enfoque em outros problemas que emergem da colheita de dados. Não raro é o uso irregular de métodos contraceptivos, face a um elevado número de parceiros sexuais, acarretando riscos de contrair uma IST ou de uma gravidez indesejada. Nestas situações é conversado com o/a adolescente, alertando-o para os riscos que corre, não tendo uma atitude moralista ou paternalista (Watson, 2002; OE, 2010), mas recorrendo à reflexão conjunta sobre as vivências e decisões sobre a sua sexualidade, procurando consciencializar o adolescente para os riscos e promover uma atitude mais responsável.

A alimentação é uma temática que também se enquadra frequentemente nas

consultas de enfermagem, nomeadamente pela falha de algumas refeições como o pequeno-almoço ou lanche, e a preferência pela alimentação rica em gorduras e açúcares. É também sugerida uma reflexão sobre estes hábitos, e reforçando-se a importância do exercício físico em equilíbrio com um plano alimentar adequado. Antes de se trabalhar a modificação destes hábitos ou adoção de novos, é explorada a motivação que o adolescente tem para a mudança de hábitos. A intervenção da equipa multidisciplinar nestas situações é mobilizada, especialmente em situações de consumos de droga, álcool e tabaco, pelo que o apoio da psicologia é um encaminhamento também frequente.

Depois da consulta de enfermagem, o adolescente é questionado se tem alguma dúvida mais e é disponibilizado o contacto de atendimento sempre que ele precisar. É fornecido um cartão com o nome da enfermeira e médica que o atenderam, mas na próxima consulta poderá não ser a mesma enfermeira, a menos que haja pedido expresso do adolescente para tal, e marcação prévia. O mesmo acontece para a consulta médica, no caso do adolescente comparecer sem marcação, uma vez que fica sujeito à enfermeira e médica presente no momento, ainda que seja continuado os cuidados, pela informação registada em processo.

Diário de Campo II - Retirar e colocar o implante hormonal, uma intervenção essencial...

O implante hormonal é um método contraceptivo que é colocado na região interna do antebraço não dominante, via subcutânea, através de pequena cirurgia, cujo efeito contraceptivo dura 3 anos (DGS, 2008). É um método que oferece segurança para as adolescentes que poderão com frequência esquecer-se de tomar diariamente a pílula (Como é exemplificado no **Jornal de Aprendizagem I**, em Apêndice V). No “Aparece-Saúde Jovem” este contraceptivo é colocado, mediante prescrição médica e cujas condicionantes sejam adequadas, como o esquecimento já citado ou adolescentes com um filho e que desejem a colocação do implante.

Tive oportunidade de acompanhar a enfermeira na remoção de um implante hormonal e na colocação de novo a uma adolescente, a M. Esta pretendia manter o mesmo método e estava motivada para tal, algo que foi averiguado antes da intervenção. Foi encaminhada para a sala de tratamentos da unidade, onde se encontra uma marquesa e um carrinho com material para pequenas cirurgias e pensos. Questionei a adolescente se me autorizava a assistir ao procedimento e intervenção dos profissionais, a qual respondeu afirmativamente, sorrindo. Solicitou-se à adolescente que se deitasse (esta já conhecia o espaço, local onde havia colocado o primeiro implante contraceptivo), em decúbito ventral e com o braço esquerdo em rotação interna, para que se sentisse confortável na posição. Esta permitia a visualização e palpação do pequeno bastonete que compunha o implante hormonal. Foi-lhe explicado pela enfermeira, com voz calma e tranquila o que se iria passar, que seria dado pequeno corte para remoção do bastonete, e que seria dado previamente uma anestesia local. A adolescente ficou um pouco apreensiva, uma vez que “não gostava de injeções” (sic). Explicou-se então a necessidade de fazer uma pequena laceração na pele, com uma lâmina, e sem anestesia poderá doer mais, e que não poderia ser utilizado outro anestésico (*spray* frio, que já havia sido utilizado da primeira vez, na colocação do implante), porque seria um procedimento mais demorado para o tempo de anestesia que duraria o *spray*. Foi mostrado algum material à M., durante a explicação, o que permitiu a compreensão e tranquilizou-se, apesar de ainda se sentir desconfortável com a ideia da punção.

A médica chegou entretanto, e após a preparação do material esterilizado, na altura do início do procedimento, a enfermeira começou a massajar as costas da adolescente, suavemente e a perguntar-lhe sobre a sua escola (frequentava um curso profissional), se estava a gostar, o que estava a aprender, procurando desviar o foco de atenção do procedimento. Esta forma de distração surtiu algum efeito, pelo entusiasmo que esta conversava sobre a escola e o que o curso lhe trazia de novo. Eu também procurei incentivar a conversa, com a intencionalidade de minimizar a dor e o desconforto da M., uma vez que não a conhecia tão bem, introduzindo algumas questões acerca do curso e da possibilidade de emprego após a conclusão deste. Após alguns momentos, a M. voltou a consciencializar-se do momento presente quando já se encontrava na fase final, onde foi necessário fazer pequena sutura, e por este motivo o foco de atenção voltou-se para o procedimento. Porém, devido ao efeito da anestesia local ainda estar em curso, a M. nada sentiu e por este motivo ficou mais calma. Ouve um momento de humor, quando foi retirado o implante, este foi mostrado à M., e ela sorriu, comentando que nunca tinha visto um, com tom de fascinação pela capacidade de um pequeno bastonete ter capacidade contraceptiva de 3 anos. A colocação do novo implante hormonal foi um pouco ao lado do local anterior, sem dor por parte da M., pelo efeito da anestesia.

No fim, a enfermeira realizou pequeno penso protetor, e explicou quando a adolescente o poderia tirar, e que o ponto seria retirado na próxima consulta (após sensivelmente uma semana). Se fosse necessário, foi incentivada a fazer analgésicos em ambulatório, em caso de dor. Foi também reforçado que apesar de estar protegida de uma gravidez indesejada, o implante hormonal não a protege de IST, pelo que foi reforçada a importância da utilização do preservativo nas relações sexuais. Foi também informada que com este método, mantinha-se a possibilidade de ter amenorreia ou hemorragias frequentes, bem como pequenas perdas ao longo do tempo (DGS, 2008), algo que a M. também sabia, uma vez que já utilizara este método contraceptivo anteriormente. A M. saiu bem-disposta, sorridente, sabendo que pode contar com a equipa do “Aparece-Saúde Jovem”.

Diário de Campo III – Mães Adolescentes...

Durante o estágio no “Aparece-Saúde Jovem” tive oportunidade de acompanhar consultas de saúde materna a grávidas adolescentes e mesmo de planeamento familiar a adolescentes já com filho, que não era raro virem acompanhadas deste à consulta. A gravidez na adolescência é uma problemática complexa, que altera as tarefas e desafios que o adolescente enfrenta, nos diferentes contextos. Estes estão ligados não só aos riscos biológicos, pela possível imaturidade física, mas também acarreta riscos psicológicos e socio-económicos (Opperman & Cassandra, 2001). Importa o enfermeiro ter consciência e sensibilidade para atuar preventivamente e de forma incisiva para sensibilizar os adolescentes para esta situação. Por vezes a criatividade para que a mensagem chegue não é suficiente, mesmo quando explicitado que quando se corre riscos ao viver uma sexualidade que não espelha proteção ou responsabilidade, a existência de IST ou de uma gravidez indesejada é algo que o adolescente acredita que é remota, devido à sua crença que nada lhe acontecerá (Opperman & Cassandra, 2001; Papalia *et al.*, 2009) por vezes continuando a expor-se ao risco.

Neste diário não procurarei focar uma situação específica, mas fazer uma reflexão escrita sobre os meus sentimentos acerca desta temática, retirada das situações que acompanhei em consulta de enfermagem, na minha prática e do que encontro na bibliografia, mas de uma forma *poética*. Porque a partilha de sentimentos, de forma reflexiva, e procurando compreender a situação do cliente, enriquece também a perspetiva e a sensibilidade para cuidar de adolescentes, bem como o conhecimento de mim (Diogo, 2006; 2012). Este enriquecimento contribui para a minha capacidade de sensibilizar os adolescentes que cuido para os perigos de não se protegerem e sua responsabilização. Permite também cuidar de quem acaba por encontrar na maternidade uma experiência programada ou não e que procura cuidados de enfermagem.

O trabalho de enfermagem encontrado é emocionalmente rico e gratificante. Do observado, a vinculação e parentalidade são dois conceitos que se encontram na relação estabelecida entre adolescente e enfermeira. Tal como a gravidez vai avançando, também o significado desta relação se constrói, assente na confiança e

empatia com a enfermeira, mas também de descoberta da adolescente, um processo recíproco (Watson, 2002). O processo de reflexão conjunto entre os dois elementos desta relação é algo que, de forma intencional, leva a adolescente a descobrir-se e a criar um vínculo consigo (criando a sua identidade que tanto procura), mas também com o seu filho, que o vai aceitando e estabelecendo laços de afeto e amor que caminham para uma vinculação sólida (Cepêda *et al.*, 2005). Da minha observação isto é possível com a dedicação da enfermeira, um investimento gratificante que se confirma muitas vezes com a observação da relação mãe/filho já posteriormente. Outro aspeto que no “Aparece – Saúde Jovem” encontrei são os grupos de suporte que se criam, como o projeto “A Par”, referido na descrição da Unidade Funcional “Aparece-Saúde Jovem” (Apêndice I). Neste projeto, as competências parentais são trabalhadas, de uma forma estimulante para os pais e para a própria criança, trazendo contributos importantes na estabilidade familiar e reforço dos laços entre os elementos. Esta equipa é multidisciplinar, mas integra enfermeira que também presta cuidados no “Aparece-Saúde Jovem”, tendo um papel fulcral dentro desta equipa, como dinamizadora das atividades realizadas e da ligação entre as grávidas adolescentes que recebe na consulta de enfermagem no “Aparece-Saúde Jovem”.

Desta observação elaborei um poema dedicado às mães adolescentes.

Mãe menina, adolescente pequenina
Que borboleta voou
Antes da metamorfose acabada
Ícaro em cera queimada
Quimera quebrada
E desfeita encontrada
Quando do sonho acordas
E mãe te tornas...

Como contornas
A vida que transformas
Um mundo para viver, aprender
Quando abraças teu ventre
És tu e tão ele somente
Que procuras desesperadamente
O teu lugar novamente
Com um olhar diferente
Procuras o aconchego
De quem te pode ajudar
Compreender e encaminhar
Sê bem-vinda, podes falar
E deste lado, escuto somente
Mas me encontro diferente
A cada momento
Transformo-me
Para aprender contigo
Caminhar, ao teu lado estar...

E difícil é amadurecer
Depressa entender
O que vai acontecer
Para ti e quem te conhecer
E quem de ti quer saber...

Também pai é chamado
O teu namorado, companheiro
Que nesta aventura se encontrou
Vamos enfrentar o desafio
Que é juntos estar
Quando as emoções balançam
Ao sabor do mar
E do gostar ou não gostar...

E assim a borboleta voou
Suas asas aperfeiçoou
Desajeitadamente demorou
Mas com o ajuda brilhou

Olha então agora
9 meses volvidos
São agora nos teus braços queridos
E ainda tanto para aprender
Para crescer!

Diário de Campo IV – Reunião com equipa multidisciplinar

No “Aparece-Saúde Jovem” é realizado semanalmente uma reunião com a equipa multidisciplinar, habitualmente à quarta-feira. É neste dia da semana que se encontram a maioria dos profissionais presentes na Unidade Funcional, uma vez que alguns trabalham noutros locais e apenas cumprem horário uma vez por semana no “Aparece-Saúde Jovem”, nomeadamente elementos da equipa médica.

A reunião tem como objetivos analisar as práticas, à luz de situações concretas, uma vez que grande parte dos adolescentes acaba por passar pelas diferentes valências, nomeadamente de enfermagem e médica, e as situações que se justifiquem, também pela psicologia ou assistente social. Por este motivo a importância de todos os profissionais estarem presentes. Neste dia a reunião iniciou-se pela apresentação dos novos elementos à equipa: eu, estagiária do mestrado em enfermagem e especialização em ESCJ (DR, 2011). Apresentei-me, com o nome, o meu local de trabalho e o curso que frequentava. Expliquei também sucintamente os meus objetivos na unidade e as atividades que me propunha. Neste momento ainda não havia sido estabelecido a apresentação do estudo de caso à equipa e a proposta de a apresentar nas no “XIII Curso de Formação do Aparece “Saúde dos Adolescentes – Curso de Atualização” estava a organizar (Apêndice VI, VII e VIII). Foram também apresentados outros dois alunos de psicologia que também iniciavam o estágio. A equipa também nos foi amavelmente apresentada e congratulou-nos por ter escolhido a unidade para realizar estágio. Cada profissional apresentou-se também. Esta apresentação a meu ver foi muito importante, uma vez que conduziu a uma integração formal na equipa multidisciplinar. Até então apenas havia contactado com a equipa de enfermagem e médica, bem como a parte administrativa. O conhecimento de toda a equipa levou a que algumas experiências acabassem por ser facultadas e a aceitação de cada elemento sobre a minha intervenção e nas atividades a realizar fosse de encontro com os objetivos do “Aparece-Saúde Jovem”.

Após as apresentações a ordem de trabalhos seguiu para uma discussão relacionada com o “XIII Curso de Formação do Aparece “Saúde dos Adolescentes –

Curso de Atualização” que aconteceria nos dias 23 e 24 de outubro. Deu-se então a organização e reestruturação das mesas que seriam apresentadas e confirmado o local do curso. Foi-me facultado o programa do mesmo, que permitiu inteirar-me das temáticas e acompanhar a discussão, possibilitando também realizar sugestões sobre as mesmas. Foi também discutido aspetos de ordem burocrática sobre a comparência de alguns convidados e as suas possibilidades sobre os horários das mesas de trabalho.

Outro ponto da reunião foi determinado pela troca de informação sobre alguns casos clínicos que suscitaram interesse por parte dos diferentes profissionais, sendo um momento de partilha e crescimento, escutando-se opiniões e sugerindo-se formas de intervenção e tratamento para cada situação, ou de possível encaminhamento para outros profissionais. Esta partilha mais uma vez considero-a enriquecedora, enquanto estudante, mas também como profissional. O trabalho em equipa é fundamental, e quando há partilha de saberes e perspetivas que podem ajudar a melhor cuidar, este trabalho conjunto é uma mais valia para o cliente que cuidamos. É um conjunto de pessoas interessadas no bem-estar e que o adolescente cresça saudável e responsável, procurando que este crescimento seja harmonioso e com o máximo de vivências emocionais positivas.

A reunião terminou após o debate supracitado, mas que traz a cada profissional um enriquecimento e reflexão sobre a sua prática e a melhor forma de intervir junto dos clientes e suas necessidades.

DIÁRIOS DE CAMPO DA EXPERIÊNCIA FORMATIVA: ESTÁGIO NA UNIDADE DE CUIDADOS DE SAÚDE PERSONALIZADOS [UCSP]

Neste estágio direciono a leitura para o documento relativo à avaliação do desenvolvimento (Apêndice XII). Porém, descrevo aqui algumas situações que se enquadram nos tópicos desejados para os diários de campo.

Diário de Campo V – Partilha de documentação de interesse para a prática de cuidados.

Durante os momentos de pesquisa e no estágio, mobilizei alguns documentos que considere importantes para a prática em cuidados de saúde primários. O Guia de Boas Práticas da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010) foi uma ferramenta essencial, onde me baseei para sustentar a avaliação do desenvolvimento infantil, como foi explicitado no documento relativo ao mesmo (Apêndice XII). Uma das enfermeiras que se encontrava no gabinete interessou-se pela documentação que me acompanhava, bem como uma estudante da licenciatura que se encontrava em ensino clínico na UCSP. Foi estabelecido uma troca de ideias e conhecimentos que enriqueceu ambas as partes, uma vez que ambas também encontram dificuldade no suporte teórico sobre a escala de avaliação de *Mary Sheridan* (adaptada), para além da informação que era disponibilizada pelo programa informático na Unidade, quando era registado a avaliação do crescimento e desenvolvimento respetiva. Desta discussão, e no decorrer do estágio, acabei por facultar em suporte digital os documentos que me encontrava a ler, nomeadamente o Guia de Boas Práticas da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010).

A partilha de informação e conhecimentos, sustentada em evidência científica credível é importante para que a prática de cuidados seja determinada pela qualidade e corpo de conhecimentos próprios, como é a ciência de enfermagem.

Diário de Campo VI – Tranquilizar uma notícia emocionalmente intensa

A realização do despiste de alterações histológicas a nível no colo do útero é realizada na UCSP, e a enfermeira responsável pela valência do planeamento familiar é a primeira a ter contacto com os resultados do mesmo. As convocatórias para que a mulher à qual é detetada alterações, resultante da citologia realizada também na UCSP, são realizadas pela enfermeira, que guarda os resultados até a cliente comparecer para ser encaminhada para o hospital de referência da área, para melhor estudo da situação em causa. Na equipa multidisciplinar desta unidade é habitual ser a enfermeira a convocar e a conversar com a cliente sobre o motivo da convocatória.

A situação que assisti foi relativa a uma adolescente de 22 anos, que frequentava o ensino superior. Veio até à consulta acompanhada do seu namorado, ainda que quando entrou na consulta de enfermagem foi sozinha. A enfermeira com voz tranquila, inicialmente procurou saber como a M. havia passado desde a última consulta. Procurou lembrá-la que havia feito a citologia nessa consulta e que já se encontravam disponíveis os resultados. Disse então em voz pausada que foram detetadas algumas alterações que precisavam ser melhor estudadas. A M. reagiu com fúria de choque, e começou com choro intenso. A enfermeira procurou acalmá-la, explicando-lhe que este resultado não queria dizer que tivesse propriamente algo associado a neoplasia, e o despiste precoce é importante para a prevenção de complicações. O encaminhamento para o hospital permite que o estudo seja mais aprofundado e esclarecer a situação presente. A M. ainda que mantendo-se chorosa revelou ter medo, uma vez que a sua avó havia falecido de neoplasia do colo do útero, e não queria sofrer.

A enfermeira procurou compreender a preocupação que levava ao medo por parte da M., e deu-lhe espaço para que esta chorasse, oferecendo-lhe um lenço. Apelou à coragem, uma vez que ainda não é uma confirmação que seria algo que pudesse reportar a uma neoplasia, e a prevenção é a aposta mais segura, e por isso a necessidade desta intervenção. Existiu um pequeno momento de pausa, para que a M. expressasse as suas emoções, chorando e para se recompor. Quando mais calma, a enfermeira levantou-se em conjunto com a M., deu-lhe um abraço e sorriu-

lhe de forma a que ficasse confiante, dirigindo-se com esta até fora do gabinete, onde o namorado a esperava. Quando a M. encontrou o namorado, procurou os seus braços e chorou. A enfermeira encaminhou-os para o gabinete médico, onde estes prontamente foram recebidos pela sua médica de família e continuou a consulta.

A empatia emocional (Morse *et al.*, 2006; Diogo 2012), e a sensibilidade para as situações, procurando a melhor forma de intervir é algo que senti na observação da situação descrita. A dimensão emocional dos cuidados essencial quando se lida com o sofrimento do cliente (Mercadier, 2004; Diogo, 2006), e encontrar estratégias que respondam às necessidade deste, procurando restabelecer a harmonia entre o corpo, alma e mente (Watson, 2002) necessita experiência e conhecimento profundo, bem como ser sensível às necessidade do cliente, especialmente emocionais.

DIÁRIOS DE CAMPO DA EXPERIÊNCIA FORMATIVA: ESTÁGIO NO SERVIÇO DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA [SUP] HDE

Diário de Campo VII – Protocolos de Atuação

No Serviço de Urgência Pediátrica do HDE a intervenção dos enfermeiros junto de crianças/adolescentes com febre ou queixas álgicas encontra uma dimensão de autonomia importante, uma vez que existe um protocolo de atuação sobre a administração de antipiréticos/analgésicos. Este foi realizado pela equipa médica e de enfermagem do SUP, que contempla uma tabela que se encontra afixada em cada valência do SUP e resume as doses, em miligramas (mg), dos medicamentos incluídos, que são o *Paracetamol* e o *Ibuprofeno*, em concordância com o peso do cliente ao qual é administrado o medicamento. As intervenções interdependentes, consagrado no Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros [REPE] (OE, 2003), encontra-se descrito no Artigo 9.º, número 2, enquadrado a mobilização deste protocolo, criado dentro da equipa multidisciplinar do SUP, definindo a atuação da equipa de enfermagem de forma concreta e direcionada para o propósito que foi criado. Esta intervenção decorre então de um “plano de ação previamente definido (...) e das prescrições ou orientações previamente formalizadas” (OE, 2003, p. 168).

Importa salientar que quando é administrado esta medicação, a confirmação do peso, e o despiste de alergias conhecidas é essencial para minimizar os acidentes ligados à administração da medicação. Também a importância de observar a criança/jovem e se este consegue deglutir o xarope ou comprimido, conforme a dosagem, bem como a necessidade de administrar pela via retal, através de supositório. O protocolo não inclui este tipo de medicação pela via endovenosa, a qual necessita de prescrição médica para administração. Este plano de ação possibilita intervir de forma rápida em situação de febre, que poderá ser uma fator desencadeante de complicações, como por exemplo convulsões associadas à febre, ou mesmo minimizar a dor.

Diário de Campo VIII – Prestação de Cuidados na Triage de Enfermagem

O enfermeiro é um elemento-chave na equipa multidisciplinar do SUP. Uma das valências onde assume um papel vital é a triagem. A Triage de Manchester adaptada, conforme foi descrito no Apêndice I, procura estabelecer graus de prioridade de atendimento, conforme a avaliação da criança ou adolescente que recorre a este serviço. Esta valência permitiu consciencializar-me da importância da rapidez e direcionar a observação e avaliação para aspetos importantes e priorizar os clientes que deverão ser atendidos primeiro, de acordo com o que é preconizado pela escala utilizada (Apêndice I).

Em momentos que é difícil gerir as emoções dos clientes, conotado pela existência de picos emocionais intensos (Diogo, 2012), torna-se também emocionalmente esgotante para o enfermeiro esta gestão, das suas emoções e dos outros. Um turno da manhã agitado, em que acumulou-se um grande número de crianças e adolescentes em espera para atendimento médico, a triagem encontrava-se também em constante atendimento de clientes. Ainda que existisse segurança à entrada, alguns familiares conseguiam entrar no interior do serviço. Uma vez que a sala de triagem é a primeira onde estão profissionais de saúde, muitos vinham questionar os enfermeiros nesta valência a demora no atendimento. Era-lhes explicado que seriam atendidos assim que fosse possível. Durante o atendimento na triagem era salientado que se mantivesse a vigilância no estado da criança/adolescente, e se fosse visível alguma alteração no estado geral do cliente, para voltar à triagem, até serem chamados para avaliação médica. Alguns familiares utilizavam esta indicação para regressarem junto dos enfermeiros e ser atribuído nova prioridade. Neste aspeto não se exclui as situações que realmente agudizavam e careciam de observação mais rápida possível, outras mantinham o mesmo estado.

Foi necessário uma postura assertiva, procurando o controlo por parte da segurança às entradas de familiares ou pais que estariam a aguardar atendimento, no entanto deixar entrar quando algum familiar ou acompanhante viesse falar com a equipa de enfermagem, se considerasse agravamento do estado de quem acompanha ao SUP. De facto, a dificuldade em gerir as emoções dos clientes tem lugar quando existe uma escalada de hostilidade e agressividade que torna difícil controlar o pico

emocional. Aos demais familiares que procuravam esclarecimentos junto da equipa de enfermagem, foram mobilizadas várias estratégias, e as quais Diogo (2012) salienta no seu estudo, como esclarecer as dúvidas existentes, o porquê de estar a demorar o atendimento; colocar-se ao lado, compreendendo a situação, mobilizando a empatia emocional como compreensão que o cliente e sua família estão a passar por um momento emocionalmente intenso com tonalidade negativa, permitindo a expressão de sentimentos. Para que esta compreensão seja sentida pelo cliente, também os enfermeiros mostram disponibilidade, pelo que qualquer cliente ou familiar que se dirija aos enfermeiros, serão sempre escutados e dentro da possibilidade e competência do enfermeiro, resolvida ou atenuada uma situação que motiva a procura deste. Ainda com base nas estratégias identificadas por Diogo (2012), fomentar a esperança, e aqui saliento a esperança realista que a possibilidade de esperar o atendimento ainda pode ser grande, mas não ficará esquecido o cliente. Também o incentivo a desviar a sua atenção do tempo de espera, procurando saber se a criança ou adolescente e familiar já se alimentou, incentivando a que façam uma refeição no bar ou refeitório enquanto esperam, tempo a tempo para tal, é uma estratégia comum.

Uma ação que destaco encontra sentido na diferenciação de momentos. De certo modo ao procurar restringir, colocando limites as constantes intervenções de familiares e acompanhantes através do recurso à segurança ou mobilizando as diferentes ações/intervenções já explicitadas, permite que o enfoque dos cuidados seja para quem está a ser tirado, e no qual deve estar focada a máxima atenção do enfermeiro, afim que consiga avaliar corretamente o cliente. Desta forma, evitando a interrupção, restringindo-a ao essencial e sempre que necessário, concorre para a qualidade dos cuidados e construir desde o primeiro contacto a estabilidade da relação (Diogo, 2012).

DIÁRIO DE CAMPO DA EXPERIÊNCIA FORMATIVA: ESTÁGIO NA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS PEDIÁTRICOS [UCIP] DO HDE

Diário de Campo IX- O suporte emocional na criança ventilada, e sua família

Durante o estágio na UCIP, deparei-me com diferentes crianças e adolescentes com necessidade de suporte ventilatório, e os pais ou cuidadores que estão presentes são envolvidos nos cuidados, como seja na higiene, na alternância de decúbitos ou na mudança de fralda. Porém, também os enfermeiros estabeleciam claramente uma empatia emocional (Morse *et al.*, 2006; Diogo, 2012) para com os pais, acompanhando-os no sofrimento de ter um filho em estado crítico.

Sensibilizou-me particularmente um menino com oito anos que havia vindo dos Açores com os seus pais e uma tia, e o seu estado era crítico, encontrando-se ventilado e profundamente sedado. O D. raramente estava sozinho, grande parte do tempo na companhia dos pais. A mãe do D. era muito expressiva e apesar de estar fragilizada pela situação do filho, gostava de falar e interagir com a equipa de enfermagem. A própria equipa estava também sensibilizada e procurava minimizar o impacto da situação através de uma conversa animadora sobre a riqueza gastronómica e paisagens deslumbrantes dos Açores, à qual os pais sorriam e encontravam sentido na conversa, mantendo-a por grandes períodos. Este sentimento é patente também nas pequenas coisas (Hesbeen, 2000), como seja cumprimentar no início de cada turno, prestar cuidados de forma carinhosa ao seu filho, mostrando que este é importante e tranquilizar os pais de cada vez que algum som alarmava, numa das máquinas conectadas ao filho, explicar os procedimentos e intervenções, e inclusive quando o procedimento poderia ser potencialmente doloroso, incentivava-se a que os pais falassem, pegassem na mão do D. e lhe transmitissem palavras de coragem e força (Aldridge, 2005). A empatia emocional tão expressa nestas ações, e na própria sensibilidade em permitir que os pais colaborem nos cuidados, incentivando a que falem com o filho, realça a proximidade dos enfermeiros aos clientes e sua família, uma vez que o suporte que os pais

fornece aos seus filhos contribui para o seu bem-estar e para que os pais também se sintam apoiados e estimados (Bruce & Sundin, 2012).

Diário de Campo X – Apoio Espiritual em Fim de Vida

Infelizmente, alguns dos clientes hospitalizados na UCIP encontram-se em estado crítico e com prognóstico reservado, e por vezes o agravamento do seu estado clínico revela uma situação difícil de reverter, acabando por sucumbir e a morte é um acontecimento que é considerado como possível pela equipa e também pelos familiares. O sofrimento que esta situação gera junto dos familiares é grande, e a equipa de enfermagem é sensível à situação, visível pela forma como aborda a situação na passagem de turno, geralmente na distribuição dos elementos de enfermagem pelos clientes da unidade é tomado em consideração, pelo que quem fica com o a criança/jovem em fim de vida fica com menor número de clientes ou outros que exijam a presença constante do enfermeiro, ainda que se mantenha a qualidade e a vigilância necessária que cada cliente exige. Lidar com o sofrimento do cliente é difícil para o enfermeiro (Mercadier, 2004), especialmente quando o cuidar em fim de vida é necessário, representando uma situação emocionalmente intensa, “muito exigente ao nível físico e muito intenso ao nível emocional” (Diogo, 2006, p. 138).

Observei uma situação de um enfermeiro que cuidava de um cliente que se encontrava em fim de vida, com cerca de onze anos, e na eminência do desfecho de morte, os pais mantinham-se junto do seu filho. Como família católica, o enfermeiro sugeriu chamar-se o capelão do hospital afim de estar um pouco com a família e o menino, e possivelmente prestar-lhe o último sacramento. A sugestão foi aceite e foi muito importante para a família esta presença, como aceitação de fim de vida e proporcionar ao seu filho o sacramento que vai de acordo com as crenças e a sua cultura. Este respeito pelas crenças de quem cuidamos é essencial para que quer o enfermeiro, quer a família sinta que o seu filho (cliente para o enfermeiro) foi bem cuidado e respeitado, até ao momento da morte.

Diário de Campo XI – Comunicação entre a enfermeira e a criança/adolescente que é feito desmame do ventilador

Inúmeras crianças e adolescentes quando dão entrada na UCIP necessitam suporte ventilatório por diferentes razões, pela necessidade de sedação profunda que pode induzir depressão respiratória pelos fármacos utilizados, por insuficiência respiratória com suporte de ventilação invasiva, entre outras causas. Quando a melhoria do estado clínico se verifica, a diminuição da sedação induzida acontece, ainda que se mantenha o suporte ventilatório. É previsível que o “acordar” seja um momento emocionalmente intenso e profundamente desconfortável pela existência do tubo endotraqueal, e encontrar-se num ambiente desconhecido e possivelmente descontextualizado da situação que levou a criança/adolescente a necessitar de cuidados críticos.

A situação observada envolve uma menina de doze anos que havia sofrido um acidente de viação, sendo hospitalizada por traumatismo na região pélvica e membros inferiores, necessitando de sedação nos primeiros dias após o acidente. Posteriormente foi realizada desmame gradual da sedação e num turno da tarde a M. acordou gradualmente. Foi-se mostrando agitada, à medida que o efeito dos fármacos foi diminuindo. Com ela estava a avó, e a enfermeira encontrava-se junto dela no momento que acordou. As expressões de afeto eram visíveis na intervenção da enfermeira, procurando através de uma voz calma e pausada, e fazendo pequenas “festas” passando a mão pelo braço, face e cabelo da M., explicando que estava tudo bem e que ela devia manter-se quieta, e não mexer nos tubos e fios que tinha colocados. Este tipo de intervenção está profundamente vinculado aos cuidados nutridos com afeto (Diogo, 2012), como expressão do trabalho emocional nos cuidados de enfermagem. A M. abria os olhos e acenava com a cabeça afirmativamente. Ainda que depois voltasse a adormecer e neste estado ainda necessitava de suporte ventilatório, não conseguindo respirar espontaneamente. Durante o período que esteve mais desperta, também foi chamada a avó para junto dela, incentivando a que a avó também manifestasse expressões de afeto e carinho, como referindo que estava junto da M., e que ela estava bem, mantendo também contacto físico com esta, no braço e na face. A M. deixou cair uma lágrima quando

viu a avó, a qual esta a limpou, tentando tranquilizá-la, com sucesso.

Uma vez que a M. não conseguia verbalizar nada devido ao tubo endotraqueal, a comunicação dava-se essencialmente através do olhar. Felizmente, não demorou muito tempo para que fosse extubada e transferida para uma das enfermarias do hospital.

DIÁRIOS DE CAMPO DA EXPERIÊNCIA FORMATIVA: ESTÁGIO NA UNIDADE DE ADOLESCENTES DO HDE

Diário de Campo XII – O Afeto nos cuidados

A vertente emocional do cuidar torna o enfermeiro sensível às necessidades do cliente, e procura melhorar o seu estado ou promover a sua autonomia. Por vezes os adolescentes hospitalizados na Unidade de Adolescentes são clientes que são portadores de doenças crónicas, como a espinha bífida, paralisia cerebral, fibrose quística ou outras patologias que desencadeiam diversas repercussões na vida da criança ou adolescente e da sua família. O enfermeiro que se depara com estas situações encontra um desafio na sua prática, que para além dos cuidados exigidos requererem um domínio de prioridades essencial para o sucesso de cuidar, também atender à dinâmica familiar e procurar incentivar vivências emocionais positivas que promovam a união familiar, a aceitação e adaptação da doença de forma o mais possível harmoniosa.

Na Unidade de Adolescentes encontrava-se hospitalizado um adolescente de 12 anos, o qual a equipa já conhecia. Este adolescente era portador de uma doença neuro-degenerativa e os cuidados que requeria eram complexos, como que similares a um adolescente com paralisia cerebral severa. Porém, o P. encontrava-se com uma infeção respiratória e o seu estado clínico estava muito debilitado, pelo que foi decidido pela equipa clínica que os cuidados a prestar seriam paliativos. Esta decisão não envolveu uma avaliação multidisciplinar para que o P. estivesse mais tranquilo. A dificuldade respiratória era intensa, muitas vezes com grande sofrimento respiratório, gemido, associado a tiragem global, tosse muito produtiva, com necessidade de aspiração de secreções várias vezes durante o turno, e necessidade de aporte de oxigénio suplementar através de máscara de alto débito, para conseguir manter saturações de oxigénio superiores a 95%. Toda a equipa já conhecia a situação e num dos turnos da noite, após esgotar todas as intervenções que existiam para poder aliviar o estado do P. (posicionamentos, analgesia, cuidados de higiene e massagem, aspiração de secreções e aerossóis, entre outros),

necessitámos chamar médico de banco pela agudização da dificuldade respiratória, com um sofrimento por parte do P.. Este encontrava-se sozinho uma vez que a sua mãe necessitou de ficar em casa com a irmã do P.. A família confiava nos cuidados prestados pelas enfermeiras da Unidade, conhecendo-se mutuamente de anteriores hospitalizações do P. e sua irmã, que ambos tinham a mesma doença.

Não conseguíamos sair de junto do P., a sua agonia respiratória prendia-nos o coração e o pensamento, e ainda que nada mais pudéssemos fazer, apenas ficar junto dele era o que considerávamos mais útil, depois de todos os procedimentos que realizamos para tentar aliviar o seu sofrimento. Após observação médica, foi administrado ao P. um bólus de morfina, segundo prescrição médica. Durante a perfusão desejávamos que esta medicação ajudasse a que o P. ficasse mais tranquilo, e por momentos, existiam gestos de afeto ao P., um carinho na face, palavras em tom tranquilo e que expressavam carinho. A importância de estar junto do P., assemelhava-se como terapêutico para o P., mas também para as enfermeiras (eu, outra enfermeira e uma assistente operacional). Senti que era importante estar naquele momento junto do cliente, pois o seu sofrimento não podia ser vivido sozinho, era atroz. A nossa presença era o que de melhor lhe poderíamos oferecer naquele momento. Após a perfusão, o P. ficou mais calmo, a dificuldade respiratória ficou menos exacerbada e acabou por adormecer. Sentimos também tranquilidade pelo sofrimento ter atenuado. O envolvimento nos cuidados (Morse *et al.*, 2006; Diogo, 2012) encontra-se aqui patente, na sua doçura e sentimento puro de cuidar. E como foi sentido nesta noite! É o investimento na ligação afetiva que promove esta expressão de afetos tão genuína e que preenche a relação e a própria comunicação com os diferentes intervenientes (Diogo, 2012), como que uma linguagem própria e que se entrelaça determina o cuidar tão próprio da ciência e arte de enfermagem (Watson 2002).

Diário de Campo XIII – O sentimento de não estar sozinho

Na Unidade de Adolescentes a sala de atividades é um espaço acolhedor para os adolescentes hospitalizados, existindo nesta diferentes formas de distração e animação. Mas sobretudo o que se verifica em momentos que existem adolescentes com idades próximas, é o convívio e cumplicidade que gera uma ambiente animado, descontraído e tradutor de uma vivência emocional potencialmente positiva.

A própria equipa de enfermagem procura fomentar esta vertente de convívio e interação através de conversa, jogos, atividades em grupo diversas (ver um filme, trabalhos manuais) podendo ser sugeridos pelos enfermeiros ou pelos próprios adolescentes. Mesmo quando um adolescente está mais isolado, não se deslocando até à sala, é sempre questionado e sugerido se não quer sair um pouco do quadro e ir até à sala distrair-se. É reforçado que não precisa estar em interação com outros adolescentes, uma vez que existem atividades que podem ser realizadas individualmente (escolher um livro para ler, estar no computador, na Internet, entre outros). Mas também é respeitado quando estes desejam estar sozinhos e não querem interagir com outros adolescentes (Hockenberry *et al.*, 2006; Cordeiro 2009; Crnković *et al.*, 2009; Papalia *et al.*, 2009; Helseth & Misvær, 2010).

Os adolescentes, ao sentirem este ambiente acolhedor, por vezes quando necessitam de re-internamento, acabam por solicitar o internamento na Unidade, uma vez que já conhecem a equipa e os cuidados prestados nesta. Não só os adolescentes, mas também pais e acompanhantes encontram uma referência nos profissionais da unidade e nos cuidados prestados. Nos internamentos anteriores, quando pautado pelo estabelecimento de uma relação terapêutica e uma empatia emocional (Morse *et al.*, 2006; Diogo, 2012), reconhecida pelos clientes e pais ou cuidadores, exerce uma influência decisiva na possibilidade de uma nova hospitalização num espaço de referência, especialmente quando associada a doenças crónicas e hospitalizações frequentes. Esta opção tem um impacto positivo nas vivências emocionais associadas à hospitalização, pelo contacto já estabelecido e uma integração prévia na dinâmica da unidade, conhecimento dos profissionais e os cuidados prestados.

Diário de Campo XIV – E se um Pico Emocional se desencadeia...?

Por vezes a hospitalização não é bem aceite e perspectivada de forma negativa, e as intervenções desenvolvidas para minimizar ou atenuar o impacto potencialmente negativo da hospitalização nem sempre encontra sentido para o cliente. A F., adolescente hospitalizada na Unidade de Adolescentes, verbalizava sistematicamente estar cansada e farta de estar hospitalizada, encontrando forma de exprimir a sua revolta sobre a hospitalização gerando conflitos com os demais adolescentes hospitalizados. Ainda que fosse chamada à razão pela equipa de enfermagem, como forma de restringir (Diogo, 2012) a sua influência negativa sobre os outros adolescentes e da instabilidade emocional que desencadeava nestes e seus familiares era difícil de controlar. A própria equipa de enfermagem não conseguia reverter facilmente os episódios conflituosos gerados pela adolescente, o que causava na equipa algum stress. Ainda que acompanhada pela mãe, esta raras vezes esta lhe solicitava que estivesse sossegada.

No final de um turno da tarde, a F. encontrava-se sem acompanhamento familiar, e apresentava-se muito agitada, caminhando pelo corredor em passos fortes, e suspirando. A sala de atividades já se encontrava fechada, pois a hora de recolher para os quartos já havia passado. Ouviram-se vozes a falar e uma porta da casa de banho a bater. Eu e a restante equipa encontrava-mo-nos na sala de trabalho. Desloquei-me com a assistente operacional até à casa de banho e percebi que era a F. que estava no seu interior. A porta não estava fechada, e ao entrar, após bater e perguntar se podia entrar, com uma resposta soluçada e dizendo “deixem-me!”, encontrei a F. em cima do autoclismo, em pé, e agarrada às paredes da estreita casa de banho. Verbalizava que ninguém se importava com ela, chorando. Tentei, com voz pausada e calma, que ela se acalmasse, respondendo que eu estava ali para a ajudar e que me importava com ela, uma vez que estava ali e não a deixava sozinha. Referi também que os seus pais gostavam dela e que o pai estaria a chegar dentro de momentos, pois tinha ido levar a mãe a casa e voltaria para ficar com a F. durante o período noturno. Ainda assim, a adolescente encontrava-se irritada por ter tido um período de conflito com uma das adolescentes do quarto, e que desencadeou este pico emocional. Continuei a insistir que não a deixaria

sozinha e que descesse do autoclismo, e se sentasse na sanita, com a tampa fechada, para falar comigo perto. Depois de conseguir que descesse, esta chorou um pouco e eu deixei que expressasse as suas emoções, permitindo que descomprimisse a pressão existente devido ao pico emocional gerado. Foi oferecido um lenço de papel para que limpasse as lágrimas que lhe caíam pelo rosto. Após ficar mais calma, propus que viesse connosco até à sala de trabalho, a fim de a afastar do ambiente que lhe causou ansiedade, e ofereci-lhe um livro para que se distraísse e evadisse os seus pensamentos da situação vivida e que lhe gerou ansiedade e sentimentos negativos. Fomos também falando com ela sobre as suas preferências a escola, o que gostava de fazer nos tempos livres, interação que a adolescente respondeu com agrado. A F. ficou mais calma e aparentemente a ansiedade foi-se dissipando do seu rosto e corpo, mão apresentando agitação motora sua característica e mostrava-se tranquila a ler o livro. Entretanto o seu pai chegou e com este foi então para o quarto, onde com a sua figura de referência, conseguiu adormecer e sentir-se segura.

O trabalho emocional desenvolvido reflete a sua importância, ao estar sensível para as necessidades dos clientes e os afetos que estão vinculados à relação terapêutica. Também aqui realço a mobilização do Algoritmo de Atuação em Enfermagem relativo ao Trabalho Emocional com Adolescentes, desenvolvido no Apêndice XIV, e o qual também reflete algumas das estratégias aqui mobilizadas e o seu sucesso, sublinhando a sua importância, aplicação e utilidade nos cuidados, valorizando a dimensão emocional dos mesmos.

NOTA CONCLUSIVA

Os diários de campo constituíram uma ferramenta essencial para o desenvolvimento das competências de enfermeira especialista em ESCJ (DR, 2011). Estes espelham a prática observada, mas também a experiência vivida, à luz dos tópicos propostos para o desenvolvimento da temática, focada no trabalho emocional nos cuidados de enfermagem. O desenvolvimento de uma prática profissional enquadrada no campo de intervenção (OE, 2009), nomeadamente na população pediátrica e nas suas problemáticas são aqui patentes, num percurso minucioso que não se esgota nas situações aqui descritas. O enquadramento do respeito e dignidade do cliente, a par das responsabilidades profissionais encontra também expressão nos diferentes cuidados aqui descritos, desde o direito ao sigilo e confidencialidade da informação, tão importante no primeiro estágio e que também está subjacente nas restantes intervenções explicitadas. O ambiente terapêutico e seguro (DR, 2011), e cuja competência também acrescento a importância de um ambiente afetuoso (Diogo, 2012), concorre para um acolhimento e um sentimento de ser valorizado, para quem é recebido e envolvido nos cuidados de enfermagem, atenuando experiências emocionalmente intensas.

A gestão dos cuidados articulada com a equipa de enfermagem e também multiprofissional (DR, 2011) é também patente em diferentes aspetos da prática. Todos estes mostram uma gestão dos cuidados que atente às necessidades e prioridades dos clientes, mas também quando necessário, a articulação com a equipa multidisciplinar (Diários de Campo II, IV, VII, X, XII). A adaptação de “recursos às situações e ao contexto visando a otimização da qualidade dos cuidados” (DR, 2011, p.8652) é também visível na individualização dos cuidados em cada situação, adequada ao contexto, e também na mobilização de evidência científica para que a qualidade dos cuidados seja uma realidade. A mobilização do algoritmo de atuação em enfermagem, relativamente ao trabalho emocional com o adolescente é também um reforço à gestão de recursos existentes que concorrem para a qualidade dos cuidados prestados, e o seu sucesso. Este último aspeto salienta a importância de basear a prática “especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (DR,

2011, p. 8653), e que contribui para a evolução da enfermagem como ciência e com um sólido corpo de conhecimentos que a caracteriza.

A assistência à “criança/jovem e sua família, na maximização da sua saúde” (DR, 2011, p.8654) está patente em diversos aspetos descritos nos diários de campo, desde a comunicação com a criança e adolescente, a implementação dos cuidados em parceria com a família e equipa multidisciplinar, mobilizando os conceitos determinantes dos cuidados centrados na família nos cuidados e a parceria dos cuidados, nomeadamente em contexto hospitalar, até à implementação de um plano de saúde que promova a parentalidade mas também uma evolução positiva da melhoria do cliente, de forma a otimizar a sua saúde. A dimensão emocional do cuidar mais uma vez tem um papel preponderante na “progressiva autonomização e no binómio criança/família (...) [estabelecendo] com ambos uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde” (DR, 2011, p. 8654). As crianças e adolescentes com necessidades especiais determinam cuidados de especial complexidade e os quais exigem prioridades específicas. O diário de campo XII reforça a competência essencial de reconhecer as situações de instabilidade no adolescente e como se procura realizar a “gestão diferenciada da dor e do bem-estar” (DR, 2011, p. 8655). A adaptação da família e adolescente com doença crónica e incapacitante também faz parte das competências adquiridas, no sentido que no serviço onde presto cuidados, muitos são os adolescentes que ficam hospitalizados pela descompensação ou complicações da sua doença (fibrose quística, diabetes, paralisia cerebral, entre outros). O diário XII espelha uma pequena parte desta problemática, aliada a outras tantas com que me deparo no meu quotidiano de cuidados.

Os cuidados específicos em resposta às diferentes necessidades do cliente encontra expressão na diferentes intervenções junto dos adolescentes e sua família, adaptando a comunicação conforme o contexto e as necessidades específicas de cada cliente e sua família. No adolescente é visível no percurso desenvolvido uma promoção da auto-estima e ajuda na clarificação das suas escolhas, sendo permitido a expressão de emoções durante o processo de tomada de decisão relativamente à sua saúde (DR, 2011).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aldridge, M. (2005). Decreasing Parental Stress in the Pediatric Intensive Care Unit: One Unit's Experience. *Critical Care Nurse*, 25(6), 40-49.

Bruce, E. & Sundin, K. (2012). Experience of Support for Parents of Adolescents with Heart Defects – Supported to be Supportive. *Journal of Pediatric Nursing*, 27, 366-374.

Cepêda, T.; Brito, I. & Heitor, M. (2006). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais*. (D.-G. d. Saúde, Ed.) Lisboa.

Cordeiro, M. (2009). *O Grande Livro do Adolescente*. Lisboa: A Esfera dos Livros.

Crnković, M., Divčić, B., Rotim, Ž. & Čorić, J. (2009). Emotions and Experiences of Hospitalized School age Patients. *Acta Clin Croat*, 48(2), 125-135.

Diogo, P. (2006). *A Vida Emocional do Enfermeiro – Uma Prespetiva Emotivo-Vivencial da prática de Cuidados*. Coimbra: Formasau.

Diogo, P. (2012). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica, Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. Loures: Lusociência.

Enfermeiros, O. d. (2003, Maio). *Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários*. (O. d. Enfermeiros, Ed.) Lisboa.

Enfermeiros, O. d. (2009, Dezembro). *Sistema de Individualização das especialidades clínicas em enfermagem- perfil de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista*. (O. d. Enfermeiros, Ed.) Lisboa.

Enfermeiros, O. d. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* (Série I, N.º3, Vol. 1). (O. d. Enfermeiros, Ed.) Lisboa.

Gauthier, B. (2003). *Investigação Social: da problemática à colheita de dados*.

Loures: Lusociência.

Helseth, S. & Misvær, N. (2010). Adolescents' perceptions of quality of life: what it is and what matters. *Journal of Clinical Nursing*. 19, 1454-1461.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de enfermagem numa Perspectiva de Cuidar*. Loures: Lusociência.

Hockenberry, M.; Wilson, D. & Winkelstein, M. (2006). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (7.^a Edição). Rio de Janeiro: Elsevier.

Mercadier, C. (2004). *O Trabalho Emocional dos Prestadores de Cuidados em Meio Hospitalar*. Loures: Lusociência.

Morse, J. M.; Bottorff, J.; Anderson, G.; O'Brien, B. & Solberg, S. (2006). Beyond Empathy: Expanding Expressions of Caring. *Journal of Advanced Nursing Compliation*. 30th Aniversary Issue, Blackwell Publishing Ltd., pp. 75-87;

Opperman, S. & Cassandra, K. (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Loures: Lusociência.

Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (2009). *O Mundo da Criança, da Infância à Adolescência* (11.^a Edição). São Paulo: McGraw-Hill.

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República n.º 35 – II Série*. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República n.º 35 – II Série*. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde da Criança e do Jovem. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Saúde, D.-G. d. (2008). *Saúde Reprodutiva Planeamento Familiar*. (D.-G. d. Saúde, Ed.) Lisboa.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar, Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Apêndice V

Jornais de Aprendizagem



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

**Unidade Curricular:
Estágio com Relatório**

Jornais de Aprendizagem

Docente:

Prof.^a Paula Diogo

Discente:

Maria João Caeiro N.º. 4002

Lisboa
2012-2013

NOTA INTRODUTÓRIA

Durante o percurso académico delineado, procurei destacar de alguma forma momentos vividos que considero ser significativos na aquisição de competências de Enfermeira Especialista em ESCJ (DR, 2011) e conseqüentemente crescer como profissional. A prática reflexiva é determinante para que seja possível “aprender e melhorar a prática, controlando, compreendendo e resolvendo os dilemas que encontramos na prática diária” (Warner, 2006, p. 42).

Os Jornais de Aprendizagem são um instrumento que recorre à escrita como “mediador da reflexão sobre a ação” (Pereira, 2001, p. 13), procurando que esta mesma ação seja repensada e através de uma análise crítica sobre a mesma, integrando a relação entre teoria e prática (Pereira, 2001). O paradigma da transformação aliado à enfermagem, encontra no enfermeiro um elemento permeável ao cliente e ao todo que este representa, em interação conjunta com o ambiente que os rodeia (Lopes, 2001; Watson, 2002). Esta reflexão poderá então trazer ao enfermeiro esta visão unitária do outro, mas também integradora no seu contexto, onde ambos se influenciam, sendo “um organismo proativo, que em interação com os contextos cria e transforma a realidade pessoal e interpessoal” (Pereira, 2001, p. 13).

Os Jornais de Aprendizagem aqui enquadrados procuraram espelhar uma reflexão sobre a prática de cuidados, ancorado na temática em estudo neste trabalho. A escrita para mim é uma ferramenta que já representa alguma afinidade, pelo gosto pessoal pela escrita e leitura, e que permite a expressão de emoções (Diogo, 2006). Porém, no contexto académico e sobretudo de crescimento pessoal e profissional, estas reflexões fundamentadas representam um crescimento contínuo e estruturado em bases sustentadas na evidência pesquisada. De cada campo de estágio procurei selecionar uma situação que considere enriquecida e interessante para analisar, as quais considero terem contribuído para a aquisição de competências de enfermeira especialista em ESCJ (DR, 2011). Foi mobilizado o *Ciclo de Gibbs* (Jasper, 2003) como ferramenta estruturadora das reflexões aqui realizadas.

JORNAL DE APRENDIZAGEM I

Estágio na Unidade Funcional de Atendimento a Adolescentes “Aparece – Saúde Jovem”

Uma das consultas que tive oportunidade de acompanhar no “Aparece-Saúde Jovem” marcou-me pela forma como a enfermeira abordou a problemática da sexualidade como e direcionou a consulta. Esta postura foi fulcral para que, a meu ver, se estabeleça uma relação de confiança e a possibilidade do adolescente recorrer aos cuidados de saúde num próximo contacto. Esta intervenção fez também jus ao trabalho emocional que estrutura uma intervenção junto dos adolescentes e a vivência de uma situação emocionalmente intensa, como seja uma possível gravidez não desejada.

A consulta decorreu no gabinete de enfermagem do “Aparece-Saúde Jovem”, em ambiente que confere confidencialidade e privacidade a quem é atendido, aspeto valorizado pelos adolescentes (Opperman & Cassandra, 2001; Hockenberry *et al.*, 2006; OE, 2010). Eu encontrava-me em observação, como já foi explicado no relatório de estágio, procurando compreender as dinâmicas da consulta e as necessidades dos adolescentes neste contexto. Recorreram à presente consulta um casal de namorados, ambos de 15 anos, motivados pelo rebentamento do preservativo durante uma relação sexual, relevando o receio de uma possível gravidez. De ambos os intervenientes, a adolescente já era conhecida da Unidade, apresentando um discurso seguro e que mostrava confiança na enfermeira que os atendia, o que importante para que o adolescente expresse as suas emoções e ansiedades, encontrando no enfermeiro um elemento que lhe garante conhecimentos sobre as suas dúvidas ou problemas (Hockenberry *et al.*, 2006). A S. já havia tomado a pílula do dia seguinte há um mês, também pelo mesmo motivo que levou o casal a comparecer na consulta. A enfermeira escutou tranquilamente os dois adolescentes, que em conjunto com a disponibilidade demonstrada (Diogo, 2006; OE, 2010; Diogo, 2012) é crucial para que adolescente se “sinta confortável na verbalização de dúvidas, preocupações e questões” (OE, 2010, p. 26). Após

escutar, procurou desmistificar a situação, procurando ambos se o preservativo estava a ser bem colocado, uma vez que já haviam necessitado recorrer a contraceção de emergência à cerca de um mês. Foi aferido junto de ambos a forma correta de colocar, seguindo as diretrizes da DGS (2008). A abordagem foi tranquila, sem juízos de valor ou expressões moralistas ou paternalistas, o que também se espera da abordagem do enfermeiro junto dos adolescentes (Opperman & Cassandra, 2001; OE, 2010).

A importância dos afetos também foi abordada, enquadrando a empatia emocional (Morse *et al.*, 2006; Diogo, 2012) que a enfermeira demonstrou, ao compreender que a relação dos dois adolescentes era recente, pois namoravam à cerca de três meses. Foi discutido a importância do respeito pelo corpo próprio e dos outros, no sentido de se responsabilizarem pela sua saúde e dos outros. A descoberta do seu corpo e a sua sexualidade deveria ser vivida de forma segura, devendo-se ambos responsabilizar para que ela seja possível. Foi reforçada a disponibilidade da enfermeira, se o jovem casal necessitasse esclarecer dúvidas ou questões.

Foi tranquilizado a jovem e seu namorado, e uma vez que a relação sexual havia ocorrido à menos de 12 horas, foi fornecida contraceção de emergência, que a adolescente prontamente ingeriu no decorrer da consulta. Foram explicados os possíveis efeitos secundários a esperar e salientando que este método só deverá ser utilizado em emergência, e não com a regularidade que se verificou nesta situação. A DGS (2008, p.47) preconiza que “o recurso à contraceção de emergência pode ser uma oportunidade privilegiada para o início de um método contraceptivo continuado e eficaz”. Como tal, foram discutidas com a adolescente possibilidade de associar outro método contraceptivo para além do preservativo, sendo sugerido o implante hormonal subcutâneo, uma vez que a S. já havia realizado a pílula, mas os esquecimentos na toma diária eram frequentes, e por isso abandonou este método. A adolescente ficou agradada com a possibilidade de colocar implante, após ser-lhe explicado os benefícios e efeitos secundários. Durante a explicação fornecida, foi salientado a importância da utilização de preservativo, sempre! Este método é o único que protege contra as IST, e por este motivo, mesmo que seja associado outro método, dever-se-á manter a utilização do preservativo, com a técnica correta. A S. e

seu namorado foram encaminhados para a consulta médica, ficando a aguardar na sala de espera da Unidade.

Da observação e do que pude apreender desta situação específica, emergem aspetos contrastantes com o que considero importante na abordagem aos adolescentes, especialmente em contexto de consulta e atendendo às características particulares dos adolescentes. Senti que a intervenção da enfermeira foi direcionada, consistente e assertiva, emergindo a empatia emocional como alavanca da sensibilidade tão importante para o cuidar (Morse *et al.*, 2006; Diogo, 2012). Este cuidar só foi possível com o envolvimento emocional, consciente e intencional, como ferramenta, por parte da enfermeira, que desenvolveu um conjunto de respostas que espelharam uma resposta direcionada às necessidades dos clientes (Morse *et al.*, 2006). A ansiedade dos adolescentes que é fator de stress, que os leva a procurar cuidados de saúde diferenciados, e a enfermeira responde a este apelo, confortando-os (Morse *et al.*, 2006) e oferecendo-lhes uma solução que inclusive o casal procurava. Porém, procura também confrontá-los (Morse *et al.*, 2006) com as suas responsabilidades sobre a sua saúde e incutir a reflexão sobre as suas ações, pelos riscos que correm, para além da gravidez indesejada, contrair uma IST.

Os adolescentes, que procuram a sua identidade e descoberta da sexualidade, poderá trazer comportamentos de risco associado, devido ao sentimento de invulnerabilidade e acreditando que o risco apenas existe para os outros e não para eles (Opperman & Cassandra, 2001; Papalia *et al.*, 2009). A situação descrita complementa este aspeto, evidenciada pelo facto de num curto espaço de tempo o casal se ter exposto a um risco que já haviam passado. As próprias emoções também condicionam as respostas dos adolescentes, associados às oscilações de humor que estão sujeitos (Papalia *et al.*, 2009; Krettenauer *et al.*, 2011), o que condiciona também as suas ações em momentos que poderão ser emocionalmente intensos.

A intervenção da enfermeira foi pautada pelos instrumentos necessários para que os adolescentes se consciencializem dos riscos a que se expõem, e potenciais consequências, procurando que a adolescência seja um período que seja vivido na sua plenitude, com responsabilidade, que nem sempre é simples de incutir no

adolescente. Como enfermeira em contexto hospitalar esta reflexão conduziu-me a uma compreensão mais profunda do adolescente enquadrado no seu ambiente e que procura os profissionais de saúde, como uma referência nas suas necessidades. A intervenção da enfermeira foi enriquecedora da minha prática, pelo contexto de consulta envolver um nível de privacidade e confidencialidade único, a abordagem do tema com determinação e emocionalmente competente, procurando através do trabalho emocional mobilizar a importância da responsabilização nos adolescentes e no respeito pelo seu corpo e a sua saúde. Esta postura assertiva e direcionada para os aspetos essenciais que são detetados pela sensibilidade e empatia emocional (Morse *et al.*, 2006; Diogo, 2012) conduz também os cuidados, e que tem vindo a ser trabalhada por mim nos cuidados prestados em contexto profissional. Porém, é um trabalho contínuo e de afinação pessoal e profissional, uma vez que a individualidade dos cuidados confere a particularidade das ações/interações, o qual tento adaptar e também aprender, enquadrado no “processo real do cuidar [que] envolve ação e escolha por parte do enfermeiro e indivíduo” (Watson, 2002, p.105). Neste processo, ambos se influenciam e encontram nos cuidados significados, em que “o momento partilhado do presente tem o potencial para transcender o tempo, o espaço e o mundo físico concreto” (Watson, 2002, p. 85).

O contacto com este tipo de realidade, que é comum no “Aparece-Saúde Jovem”, reforçado pela minha prática e pela prática da enfermeira orientadora, que fez sentido a realização dos folhetos informativos desenvolvidos em Apêndice X.

JORNAL DE APRENDIZAGEM II

Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados [UCSP]

A situação aqui descrita envolve um momento em que me encontrava na valência da vacinação, e encontrava-se no gabinete uma menina com 24 meses e sua mãe, a fim de ser administradas as vacinas preconizadas para os dois anos. A mãe encontrava-se sentada, junto da enfermeira, que se encontrava a aferir o boletim de vacinas com o registo do SINUS. A M., não quis ficar ao colo da mãe e começou por andar pelo gabinete, explorando o espaço, olhando atentamente a barra com bonecos que decora a parede da sala (Apêndice I). Trazia com ela um balão insuflado, de cor vermelha, e que deixou cair, acidentalmente. Eu peguei no balão e enviei-o de volta, pelo ar, e a criança esboçou um sorriso grande, alimentando a brincadeira e mantendo esta interação. Se por algum momento deixava de lhe prestar atenção ou a bola não era enviada de volta, esta procurava sobressair, gritando ou mesmo indo ter comigo e tocando-me na perna, procurando a atenção e o retorno da brincadeira. Este comportamento é esperado para esta idade. Hockenberry *et al.* (2006, p.641) caracteriza as crianças entre 1a 3 anos de vida pela sua necessidade de desenvolver “habilidades motoras, brincadeiras, relações interpessoais (...) e comunicação”. Ainda segundo o mesmo autor, o egocentrismo é bastante comum nesta idade, o que se enquadra no comportamento que a M. apresentou, ao procurar atenção quando esta não lhe foi dada.

A M. apresentava um esquema vacinal em atraso, e encontrava-se a atualizar este. Neste momento vinha realizar a terceira dose da vacina contra a hepatite B (VHB) e a quarta dose da vacina contra a difteria, tétano e tosse convulsa (DTPa), de acordo com o esquema em atraso, da vacinação universal antes dos sete anos, de acordo com a DGS (2011). Quando chegou o momento de efetuar a vacina, a M. precisou ser pegada ao colo, movimento que foi feito pela mãe. Esta mudança de postura, e restrição física causou desconforto visível na criança, procurando em volta o que se passava e olhava para a mãe. A resistência física na criança de dois anos leva a um desconforto emocional, quando associado a um procedimento potencialmente

doloroso ou *stressante* (Hockenberry *et al.*, 2006). Para minimizar este desconforto e mobilizar a relação de confiança estabelecida com a criança, para além de esta estar no colo de alguém que lhe transmite segurança, procurei distrair a M. com um boneco de peluche que se encontrava na secretária da enfermeira. A brincadeira para além de ser um aspeto muito importante no desenvolvimento da criança (Hockenberry *et al.*, 2006; Papalia *et al.*, 2009), concorre para a minimização de uma vivência potencialmente intensa (Zengerle-Levy, 2004; Diogo, 2012), através da distração que esta proporciona, vinculada à intencionalidade que a utilização das emoções como instrumento terapêutico. O que senti neste conjunto de intervenções direcionaram-se para uma prestação de cuidados, nutrindo-os com afeto e mobilizando as minhas emoções como instrumento terapêutico (Diogo, 2006; 2012), alimentando a brincadeira que a M. tão alegremente desejava.

No entanto, quando foi necessário realizar as vacinas, uma vez que teriam de ser duas administrações, foi necessário efetuar contenção física. Ficando a M. no colo da sua mãe, em posição vertical, contra o peito da mãe e o ombro a descoberto. A criança continuou a segurar o boneco que utilizava para brincar comigo. A vacina foi administrada e a M. reagiu com choro e um pouco de agitação motora, que é habitual em momentos de stress e dor (Hockenberry *et al.*, 2006). Foi necessário colocar a descoberto os dois braços, uma vez que a VHB é administrada no “músculo deltóide, na face externa da região antero-lateral do terço superior do braço direito” (DGS, 2011, p. 22), e a vacina DTPa no mesmo local, mas no braço oposto (DGS, 2011). Após o procedimento a mãe foi incentivada a dar-lhe mimos, o que fez, carícias e embalou-a, e gradualmente a M. foi acalmado, vestindo-a calmamente. Esta expressão de afeto por parte da mãe espelha a sua sensibilidade pela dor que a M. sentiu, procurando-se “envolver no alívio da dor da criança” (Hockenberry *et al.*, 2006, p. 667). Rapidamente a M. recuperou entusiasmo de continuar a explorar o ambiente e brincar, voltando a querer dar-me o boneco que segurava, mantendo a vontade de brincar e sorrindo, ainda que estivesse limitada pela dor que por vezes sentiria. Foram dadas indicações sobre efeitos secundários que poderiam suceder devido à vacina, de acordo com o que está previsto (DGS, 2011), e se for necessário poderá administrar analgesia habitual, de acordo com o peso da M. Saíram então a M. e sua mãe, e a criança manteve um fôcis sorridente,

e caminhando pelo seu pé.

Considero ter dado um contributo importante na minimização do impacto que a vacinação tem, como situação *stressante* e emocionalmente intensa, associada a sentimentos e vivências negativas como a dor, a contenção e o desconhecido, para a criança pequena. Importa como futura enfermeira especialista estar atenta a pequenos pormenores (Hesbeen, 2000) e a como estes podem fazer a diferença nos cuidados. Considerando o facto da brincadeira ser uma das *tarefas* mais importantes no desenvolvimento (Hockenberry *et al.*, 2006), conhecer as estratégias associadas a esta atividade poderá enriquecer os cuidados, para além de, nesta situação específica, promover o foco “adesão à vacina”, como desejado na dimensão específica de enfermagem respeitante ao resumo mínimo de dados de enfermagem preconizado para os cuidados de saúde primários, na valência de saúde infanto-juvenil (OE, 2007).

Talvez algo mais pudesse ter sido feito, considerando que existem analgésicos no mercado que poderiam ter sido colocados antes do procedimento, como a aplicação de creme “EMLA”, que concorreria para a minimização da dor durante o procedimento. Porém, há que avaliar os as competências parentais com antecedência, num primeiro contacto, e se a mãe faria corretamente a aplicação deste analgésico, uma vez que este deverá ser colocado no mínimo uma hora a 2h30 antes do procedimento (Hockenberry *et al.*, 2006), devendo ser rigorosamente aplicada a dose referente ao peso da M., e que deverá também ser explicado à sua mãe. No curto espaço de tempo não foi possível atuar neste sentido, mas é algo que deverá ser mobilizado no futuro. Porém, a intervenção no sentido de minimizar a vivência emocional negativa associada à dor da vacinação encontrou sentido no trabalho emocional espelhado nas interações descritas e analisadas.

Futuramente, apesar de não ser a minha área de atuação atual (valência de vacinação e cuidados de saúde primários), considero estar desperta para a problemática da dor na vacinação. Porém, esta não se desvincula dos cuidados que presto, pois a vacinação poderá ocorrer em qualquer idade, e a dor está presente em diferentes tipos de procedimentos e intervenções. Na minha área de atuação, junto de adolescentes, a mobilização de estratégias farmacológicas e não

farmacológicas para minimizar o impacto não só emocional mais também físico e psicológico que esta envolve, é uma realidade. Muitas destas estratégias enquadradas na dimensão emocional dos cuidados foi trabalhada no algoritmo de atuação em enfermagem sobre o trabalho emocional com adolescentes (Apêndice XIV).

JORNAL DE APRENDIZAGEM III

Estágio Serviço de Urgência Pediátrica do HDE

Durante o estágio no Serviço de Urgência Pediátrica do HDE, passei por diferentes experiências nas várias valências do serviço. A situação que descreverei teve lugar no internamento de curta duração (SO). Uma adolescente de 16 anos, que estava hospitalizada nesta valência devido a uma dor lombar, com suspeita de litíase renal. Encontrava-se a realizar soroterapia endovenosa e aguardava realização de exames complementares de diagnóstico. Ao chegar ao serviço, eu e a enfermeira orientadora apresentá-mo-nos aos adolescentes e crianças que se encontravam naquela valência. Por ter muitas semelhanças com um internamento pediátrico, senti-me confortável no espaço, pois a dinâmica é muito parecida com os cuidados que venho a prestar, na minha experiência profissional. A D. é uma adolescente muito apelativa e que gostava de conversar. Encontrava-se sozinha e não revelava dor, o que foi questionado no início do turno, através da escala numérica, a dor era 0. Segundo Hockenberry *et al.*(2006), este tipo de escala pode ser utilizada a partir dos 5 anos. Porém, da minha experiência, encontramos valores mais reais a partir do 6-7 anos, pois nesta idade já conhecem os números e sabem contar (Papalia *et al.*, 2009). Para as crianças a partir dos 3 anos é habitual a utilização da escala das faces (Hockenberry *et al.*, 2006), se não existir deficits cognitivos associados.

A D. encontrava-se calma, mas sempre que se encontrava alguém no quarto, a adolescente apresentava sempre questões e dúvidas. No momento eu e a orientadora encontrava-mo-nos disponíveis, acabando por estar um pouco com a D.. Esta revelou-se ansiosa, pois nunca havia estado hospitalizada, sendo sempre uma adolescente saudável. Estava preocupada com a sua situação de saúde e com o que poderia suceder. Queria ir embora! Procuramos tranquilizá-la, explicando que de momento a dor era inexistente, e podia ser um bom sinal que revelava melhora do seu estado, sem necessidade de internamento prolongado, ainda que tivesse de aguardar pela realização dos exames e manter um pouco mais o soro. A adolescente mostrou-se muito atenta ao que lhe era transmitido, aparentando ficar

mais tranquila após esta explicação. Lembrei-me de perguntar que ano de escolaridade frequentava, pelo que a adolescente referia frequentar o 10.º ano. Esta pergunta despoletou na D. uma vontade de falar sobre os seus planos para o futuro e os amigos, algo que também contribuiu para que a D. ficasse tranquila, acabando a interação quando esta recebe uma chamada no telemóvel de uma colega da escola.

Encontrei neste momento uma sensação de gratificação pela jovem ter ficado tranquilizada, de tal forma que a sua mente evadiu-se para situações do seu quotidiano e que permitem que a adolescente encare esta hospitalização com esperança. Para além de ser considerado um dos fatores de cuidar, por Watson (2002), Benner (2001) enquadra a promoção da esperança na relação de cuidados, procurando promover a recuperação do cliente, num conceito que é apelidado de *healing*. De facto, a própria expressão de emoções (Benner, 2001), ou de sentimentos positivos ou negativos (Watson, 2002), também suportando por Diogo (2012), motiva o cliente a acreditar no seu potencial e na equipa. A gestão das emoções dos clientes concorre para que as vivências emocionais potencialmente intensas de tonalidade negativa a que o adolescente pode estar sujeito durante a hospitalização sejam reduzidas, encontrando na disponibilidade, nas explicações dadas, na promoção da expressão de sentimentos, na empatia emocional, também associada à sensibilidade vigilante e ao cuidados nutridos com afeto, a transmissão de confiança, segurança e bem-estar, e potencia o auto-controlo (Woodgate, 2006; Diogo, 2012).

A questão efetuada sobre a escola encontra na sua génese uma intenção, procurando direcionar o tema de conversa para algo que agradasse à D.. A escola é um tema considerado importante na vida dos adolescentes (Papalia *et al.*, 2009), como representativo de um futuro profissional e escolhas, bem como muitas vezes é o local onde pode estar reunido com o grupo de amigos (Helseth & Misvær, 2010). Os amigos são também uma componente fundamental na estrutura social do adolescente (Papalia *et al.*, 2009), sendo estes que mais surgem nos pensamentos do adolescente quando está hospitalizado (Crnković *et al.*, 2009). A mobilização deste conhecimento, de forma a que a D. se distraia com pensamentos terão uma

tonalidade positiva e sabendo que alguém se interessou por escutá-los, reforça a empatia emocional que surge do reconhecimento das necessidades do cliente (Morse *et al.*, 2006; Diogo, 2012). Esta interação surtiu resultados que direcionam para a intenção que lhe foi inculcida, fortalecendo a relação terapêutica e diminuindo o stress associado à hospitalização, através das ferramentas que espelham o trabalho emocional como dimensão essencial do cuidar. O afeto também esteve presente nesta interação, através do sorriso e de uma voz afável e tranquila, o que caracteriza a forma como cuida, sabendo que os cuidados nutridos com afeto, através de um modo afetivo de ser (Diogo, 2012), no qual me identifico, constitui uma forma de aliviar o sofrimento e concorre para a consolidar a relação enfermeiro-cliente (Diogo, 2012).

Considero que a intervenção junto da D. refletiu como o trabalho emocional pode influenciar os cuidados de forma harmoniosa, de acordo com Watson (2002), estabelecendo o equilíbrio entre a mente, corpo e alma, e ambos os intervenientes encontrarem um sentido na experiência vivida. A interação foi suspensa pelo telemóvel, mas que também mostrou a tranquilidade que a D. precisava, encontrado no telefonema da amiga uma *âncora* no seguimento da interação com a enfermeira, mantendo os seus pensamentos fora do hospital.

Nos cuidados diários, as estratégias aqui mobilizadas são do meu domínio e às quais recorro com muita frequência junto de adolescentes, salientando os benefícios do estabelecimento da relação de confiança, e, de facto, na minimização do impacto das vivências emocionais potencialmente negativas. Relevando que os cuidados nutridos com afeto, inserido no trabalho emocional, segundo Diogo (2012), este concorre para a tranquilidade e bem-estar do cliente, encontrando confiança da equipa de cuidados, mostrando que nem todas as experiências vividas no hospital têm uma tonalidade negativa. Sendo os cuidados de enfermagem momentos que conferem carinho e que espelham uma dádiva de afeto (Diogo, 2012), individualizada a cada cliente, encontra-se no envolvimento de ambas as partes um contributo importante para que ambos os intervenientes encontrem um sentido e cresçam na experiência dos cuidados (Watson, 2002).

JORNAL DE APRENDIZAGEM IV

Estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos [UCIP] do HDE

O R. foi um adolescente que já era conhecido de internamentos na Unidade de Adolescentes. Pela sua doença, necessitava regularmente de hospitalizações, e o seu desejo era que fosse na Unidade de Adolescentes, pelo conhecimento prévio dele e seus pais e a relação já estabelecida com a equipa de enfermagem. Este sentimento revela o reconhecimento dos cuidados prestados pela equipa, quer o R., quer os pais, os quais lhe transmitem segurança, conforto e acreditam nas competências deste (Diogo 2012).

Durante o meu estágio na Unidade de Cuidados Intensivos, o R. encontrava-se hospitalizado nesta Unidade devido a complicações da sua patologia. Porém, a sua condição física havia mostrado algumas melhorias, pelo que não necessitava de suporte ventilatório, encontrando-se consciente, ainda que em repouso no leito. Num dos turnos da manhã que me encontrava escalada com a enfermeira orientadora, foi-nos distribuído o R.. Quando entrei no quarto, encontravam-se os pais e o R., já acordados. Quando me viram, sorriram e exclamaram “Olha a enfermeira Maria João!!”. Sorri e cumprimentei os pais e o R., que também sorriu. Expliquei o meu propósito na UCIP, o contexto académico em que me encontrava, e que neste dia estaria a prestar cuidados ao R., relevando a minha disponibilidade para ele e os pais (Diogo, 2006; 2012). Os cumprimentos calorosos, associados ao ambiente familiar que transportava comigo, por já ser uma profissional conhecida, reforçada pela disponibilidade durante o turno concorre para a expressão do trabalho emocional nos cuidados, com elementos de espelham afeto e consideração pelas emoções de quem cuida, associados à empatia emocional que mobilizo nos cuidados (Diogo, 2012). O conhecimento prévio que os pais e o adolescente tinha da minha pessoa, como profissional, tranquilizava-os de certo modo, contribuindo também para o desenvolvimento de confiança e suporte, desejável em situações de stress acrescido como seja estar numa UCIP (Aldridge, 2005). Porém, esta família já

havia experimentado noutras ocasiões estar nesta mesma unidade, e conhecia já a equipa e a dinâmica de cuidados, o que também, trazia alguma serenidade aos pais, ainda que claramente não fosse o serviço que pretendessem estar, pelo contexto de cuidados intensivos, que era associado ao agravamento do estado clínico do R.

Durante o período de conversa que se proporcionou, foi aferido quando o adolescente queria tomar banho, e como queria que os cuidados fossem prestados. No fim desta negociação, os pais acabaram por sair e tomar o pequeno-almoço e os cuidados de higiene foram prestados, com a colaboração do R. e da enfermeira orientadora.

Importa neste contexto explicitar a importância dos cuidados centrados na família e as suas implicações na prática, mais concretamente na situação descrita. A inclusão dos pais nos cuidados, considerando que estes são essenciais na vida da criança/adolescente, bem como a reciprocidade de sentimentos e influências entre os diferentes elementos da família afeta o estado da criança/adolescente hospitalizado. Tendo em conta o paradigma da transformação, cada um dos elementos da família, neste caso o R. e seus pais são influenciados de forma recíproca, e pelo ambiente que os rodeia (Lopes, 2001). Por este motivo a inclusão dos elementos da família nos cuidados, neste caso os pais como elementos significativos para o R., poderá desempenhar um importante papel na recuperação do cliente e na qualidade dos cuidados (Harrison, 2010). A adolescência sendo caracterizada pela procura da sua identidade e desvinculação da família, grande parte das vezes a hospitalização no adolescente é vista como uma forma de separação dos pais, como aspeto positivo (Hockenberry *et al.*, 2006). No entanto, a doença crónica poderá alterar esta tarefa característica da adolescência, devido às hospitalizações frequentes e limitando as possibilidades do adolescente estabelecer laços com outros adolescentes, por estar confinado ao hospital e a estabelecer apenas relação com outros adolescentes hospitalizados (Hockenberry *et al.*, 2006), mantendo o laço forte com a família. Por outro lado, os próprios pais encontravam-se ambientados ao hospital, associado às suas experiências prévias de hospitalização com o R.. Desta forma mobilizavam respostas à doença do filho que foram sendo adquiridas durante as hospitalizações, sendo estes fatores que

condicionam a resposta destes à hospitalização (Hockenberry *et al.*, 2006) e reforçando os próprios laços familiares.

Porém, a exaustão familiar em situações de doença e especialmente hospitalização, poderá desencadear reações depressivas (Hockenberry *et al.*, 2006). Na situação concreta do R., era visível a exaustão dos pais. A sensibilidade vigilante (Diogo, 2012) que me levou a sentir que os pais estavam cansados, especialmente a mãe que se mantinha junto do filho sem ir a casa (deslocava-se esporadicamente para trazer roupa para o filho e para ela, bem como assertar questões de ordem doméstica). Também nas suas faces, com olheiras profundas e abatidos, espelhavam preocupação, sem que no entanto deixassem de dar apoio ao seu filho. Foi sugerido para que fossem tomar o pequeno-almoço os dois, saírem um pouco do ambiente do serviço e estarem também juntos os dois. A empatia emocional (Diogo 2012) que me tornou sensível às emoções dos pais e à importância também de cuidar destes, como enquadrado no conceito de cuidados centrados na família, que complementa os cuidados nutridos com afeto, estando sensível às necessidades dos pais (Aldridge, 2005; Diogo, 2012). Ainda que estes fossem incentivados a encontrar períodos fora do hospital, estes preferiam manter-se junto do R., decisão que era respeitada. Os pais aceitaram o que lhe foi sugerido e acabaram por ausentar-se cerca de uma hora. Durante esse período o R. preferiu realizar a sua higiene, com ajuda da enfermeira. Durante os cuidados procuramos falar um pouco sobre o seu estado de saúde, referindo que se sentia melhor. Os pais chegaram na altura em que o R. ia tomar o pequeno-almoço, algo que a mãe também prontamente o ajudava.

A comunicação com o cliente e família procura integrar esta última nos cuidados, permitindo que os “pais se sintam ligados aos cuidadores [enfermeiros], de forma a que se sintam como uma parte ativa na equipa de cuidados” (Fisher & Broome, 2011). Este contributo direciona os cuidados para a sua individualização (Cushing, 2005), uma vez que a família é quem melhor conhece o seu filho e como tal as suas preferências e interesses, bem como encontra na equipa de cuidados o suporte para que possa continuar a estar presente e também dar apoio ao filho (Bruce & Sundin, 2012). A participação dos pais nos cuidados encontra múltiplos benefícios, os quais

saliento a satisfação parental; reforço dos laços familiares, melhoria clínica da criança, diminuição da dor, satisfação da equipa de enfermagem e cuidados individualizados e melhorados (Cushing, 2005).

Considero ter intervindo corretamente, ainda que a presente situação analisada determine a sugestão de uma ausência parental face aos cuidados a prestar ao filho. Porque a importância de reforçar emocionalmente os cuidadores, procurando que estes também confiem na equipa e encontrem formas de lidar com o sofrimento do filho e também o seu são aspetos que o enfermeiro deve estar sensível. Perspetivando a dimensão emocional dos cuidados, ao procurar nutrir os cuidados com afeto, em intervenções que espelham a dádiva de afeto, tendo em conta as necessidades do cliente, fatores de stress na doença e hospitalização e a relação enfermeiro-cliente, concorre para “o alívio do sofrimento e constitui uma forma de ajuda e apoio” (Diogo, 2012, p. 128). A relação de confiança que já existia determinou também a atuação, em conjunto com a relação próxima que já se havia estabelecido previamente, caracterizando um relacionamento emotivo (Diogo, 2006) e o envolvimento afetivo que integra o trabalho emocional nos cuidados.

JORNAL DE APRENDIZAGEM V

Estágio na Unidade de Adolescentes – HDE

O jornal de aprendizagem aqui descrito surge no seguimento da atividade “Jornal Jovem” (Apêndice XVI), que após a elaboração, foi distribuído pelos adolescentes do serviço. Uma das adolescentes que contribuiu com alguns trabalhos para o “Jornal Jovem”, e na altura da distribuição, esta ainda se encontrava hospitalizada. A L. encontrava-se num internamento de longa duração para ajuste da sua terapêutica, a qual estava a ser difícil. Na altura que foi proposta a sua contribuição, esta mostrou-se muito entusiasmada e disponibilizou muitos dos trabalhos que havia realizado durante a sua estadia no hospital. Para além de ser muito habilidosa, elaborava trabalhos manuais com muito zelo e rigor. A L. raramente tinha visitas, e era uma adolescente recatada e de poucas conversas. Mesmo quando estimulada, a resposta era baseada em monossílabos. Depois de distribuir o “Jornal Jovem” o meu estágio terminou e estive algum tempo ausente do serviço, não tendo contactando com a L. desde então. Quando regresssei, no decorrer de um turno da tarde, depois do jantar, auxiliiei a L. a levar os seus instrumentos para realização de trabalho manuais para o quarto, ajudando a guardá-los. Ao chegar ao quarto a L. verbalizou “pensava que nunca mais voltavas!!”. Sorri de forma surpresa e expliquei-lhe o motivo da ausência.

A expressão imprevisível da L., que raramente expressava as suas emoções e pensamentos, foi uma agradável surpresa para mim. Sabendo que a reciprocidade dos afetos fazem parte dos cuidados e das relações que se estabelecem (Diogo, 2012) , manifestou em mim surpresa como uma emoção primária (Goleman, 2011), recorrente do carinho que a L. demonstrou, ao expressar as suas emoções sobre mim. Curiosamente, toda a equipa reconhecia a sua postura calada e de difícil abertura. Mas, ao trabalhar com a L. aspetos do seu interesse, como os trabalhos manuais e a sua publicação no jornal, revelou a dimensão emocional dos cuidados, com o propósito de distrair e enquadrar os adolescentes hospitalizados numa atividade do seu interesse com tema livre, associado ou não aos cuidados. A minha

abordagem junto dos adolescentes é calma, pausada e procura transmitir tranquilidade, também forma de cativar para a atividade sugerida, e que tem a sua génese nos cuidados nutridos com afeto (Diogo, 2012). Ao mobilizar na interação com a L. a algo que ela valoriza, os seus trabalhos manuais, desencadeei nela um sentimento de ser importante e cuidada, tendo também um significado para o enfermeiro (Diogo, 2012), contribuindo para a construção do sentimento de segurança, bem-estar, e sentimento de ser amada e considerada, contribuindo para e “para a construção de uma relação próxima e de confiança” (Diogo, 2012, p.141).

Articulando o algoritmo de atuação sobre o trabalho emocional em enfermagem com o adolescente, (Apêndice XIV), ao identificar as respostas emocionais do cliente, e aparentando a L. características associadas a uma adolescente silenciosa, as estratégias mobilizadas enquadraram-se nas sugeridas. Procurar um tema do interesse da L. para procurar estabelecer proximidade com a mesma, enquadrado também importância de individualizar os cuidados de acordo com as suas preferências, o que determina um envolvimento emocional que procura demonstrar apoio e interesse ao cliente, por parte da enfermeira (Diogo 2006; 2012). Pela sua afinidade aos trabalhos manuais, para além de pintar, desenhar e pequenas construções com diferentes materiais, também fui falando com ela e procurando pontos de interesse comuns, levando a que ela me mostrasse os trabalhos que havia desenvolvido. O próprio “Jornal Jovem” foi um contributo para o estabelecimento da proximidade, e estabelecimento da relação terapêutica junto da L..

A utilização do humor como forma de “gerir sentimentos e ultrapassar medos, angústia e ansiedade” (José, 2010, p.236), transmite ao cliente uma visão do enfermeiro flexível e bem-disposto, aproximando os intervenientes pela sua capacidade de desviar o foco de atenção dos pensamentos e emoções perturbadoras para algo agradável” (Diogo, 2006, p. 195). Curiosamente a L. reagia ao humor com um tímido sorriso. Quando esta não respondia às questões ou o monossílabo era a resposta aproximada do satisfatório, questionava se estava triste e se queria falar sobre algo que a preocupava, recusando sempre falar. Encorajar a expressão de sentimentos, enfatizando a disponibilidade e o respeito por não

querer verbalizar os seus sentimentos no momento (Diogo, 2006; OE, 2010; Diogo, 2012), aguardando se possível, que o adolescente se “sinta confortável na verbalização de dúvidas, preocupações e questões” (OE, 2010, p. 26).

Curiosamente, após estas intervenções, a materialização do “Jornal Jovem” e respetiva distribuição, contribuiu para que a L. encontrasse uma forma de expressão das suas emoções, para além da própria realização de trabalhos manuais ser uma forma de expressão das emoções. Esta estratégia enquadra um dos fatores de cuidar de Watson (2002, p.130), como um “processo de cuidar criativo na resolução de problemas”. O estabelecimento da confiança no enfermeiro despoletou nela sentimentos e o reconhecimento dos cuidados prestados, ao sentir a ausência do profissional que contribuiu para atenuar positivamente o impacto da hospitalização através da estratégias citadas. Foi com a sua expressividade, não antes vista por mim, que revelou em mim surpresa, com um sentimento caloroso e dedicado, que saboreei com o sentimento de gratificação, também mecanismo que permite regular a minha disposição emocional para cuidar (Diogo, 2012). Depois deste episódio, a L. manteve-se hospitalizada durante algum tempo, e quando desenvolvia algum desenho ou novo trabalho manual, mostrava-me com orgulho e pedia para eu tirar fotografia para colocar no próximo jornal. Também a própria equipa sentiu esta abertura da L., estando mais sociável com outros adolescentes e os profissionais.

De facto, a experiência de cuidar e sentir gratificação pelos cuidados é um incentivo ao investimento na relação e na procura por fazer o melhor pelo cliente, associado ao “sentimento de gratificação, pela perceção de conseguir conquistar a confiança e a proximidade na relação com os clientes que permite ajudá-los, [sendo este sentimento] (...) compensador” (Diogo, 2012, p.163). O cuidar apela ao amor no contexto de cuidados, sendo um “ato de poder e beleza para nós próprios e para quem servimos [cuidamos] (Watson, 2003, p. 199). A mesma autora reforça a importância de “nos tornar mais amorosos, mais cuidativos e morais, para (...) avançar como uma civilização e viver em conjunto” (Watson, 2002, p. 91). Sendo então o amor subjacente ao cuidar, vinculado à dimensão emocional dos cuidados, este encontra fundamento nas emoções como ponto de partida para aceder às outras dimensões do cliente. Na experiência de cuidados a interação permite a união

de sentimentos e potencializar a recuperação do cliente e uma experiência que traz novos horizontes para ambos os intervenientes (Watson, 2002). Neste sentido, enfermagem assenta num “processo de cuidar de humano-para-humano” (Watson, 2002, p.70), que são ambos os intervenientes afetados pela experiência, crescendo com ela.

CONTRIBUTOS PARA A AQUISIÇÃO DAS COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ESCJ (DR, 2011)

Os cuidados de enfermagem assentes numa prática reflexiva são um importante contributo para a melhoria destes e da própria ciência de enfermagem. Como futura enfermeira especialista em ESCJ (DR, 2011), a reflexão sobre a prática enquadra-se nas competências desejadas. Os jornais de aprendizagem aqui analisados, não esgotam as situações vividas nos estágios e nos cuidados prestados, no entanto, estas vivências espelham momentos de aprendizagem e de crescimento pessoal e profissional, os quais considerei pertinente figurar neste trabalho.

A responsabilidade profissional, ética e legal inerente aos cuidados, que faz parte das competências comuns de enfermeira especialista (DR, 2011), salientam o respeito pela dignidade do cliente, e pelo seu direito a cuidados de qualidade e individualizados face às suas necessidades, promovendo “práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (DR, 2011, p. 8650). A criação de “um ambiente terapêutico e seguro” (DR, 2011, p.8651) também é determinado pela dimensão emocional dos cuidados, e que diferentes estratégias concorrem para que o ambiente transmita afeto, bem-estar e segurança (Diogo, 2012) e que foram explicitadas nos diferentes jornais de aprendizagem. O crescimento pessoal e profissional que estas reflexões enquadram determinam então o desenvolvimento das aprendizagens profissionais, como competência comum, onde o auto-conhecimento é trabalhado, ao refletir sobre as minhas ações/interações e enquadrá-las na evidência, permitindo que a prática seja baseada em padrões de conhecimento válidos (DR, 2011).

A “assistência à criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (DR, 2011, p.8654) é espelhada através das diferentes intervenções, tais como a comunicação e negociação com os diferentes intervenientes nos cuidados (criança/adolescente e família), e a identificação de diferentes situações onde a necessidade de cuidados ou intervenção engloba os critérios de avaliação inerentes a esta competência. Os cuidados a crianças/adolescentes em situações de especial

complexidade (DR, 2011), sublinha a importância de ser sensível às vivências emocionais do cliente e não só, uma vez que situações de instabilidade física ou desconforto que pode quebrar a harmonia desejada entre corpo, mente e alma (Watson, 2002). Porém, atendendo ao foco da temática a que me propus estudar, a dimensão emocional do cuidar é essencial, uma vez que a instabilidade referida encontra também repercussões na emocionalidade vivida pelos clientes. Por este motivo, encontra-se a importância do trabalho emocional nas intervenções que caracterizam uma situação complexa ou que envolva instabilidade de harmonia do cliente, que seja a dor, no Jornal de Aprendizagem II, ou outro tipo de alteração.

Os cuidados prestados tiveram em conta as necessidades identificadas em cada situação. Acredito que as intervenções desenvolvidas e sustentadas encontraram sentido e procuraram, sobretudo, estabelecer uma comunicação apropriada com o adolescente, nas escolhas sobre a sua saúde (DR, 2011), através da negociação, reforçar a tomada de decisão responsável, especialmente no Jornal de Aprendizagem I, adequando também a cada situação específica os cuidados.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aldridge, M. (2005). Decreasing Parental Stress in the Pediatric Intensive Care Unit: One Unit's Experience. *Critical Care Nurse*, 25(6), 40-49.

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito, Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. (Vol. N.º 3). Coimbra: Quarteto Editora.

Bruce, E. & Sundin, K. (2012). Experience of Support for Parents of Adolescents with Heart Defects – Supported to be Supportive. *Journal of Pediatric Nursing*, 27, 366-374.

Crnković, M., Divčić, B., Rotim, Ž. & Čorić, J. (2009). Emotions and Experiences of Hospitalized School age Patients. *Acta Clin Croat*, 48(2), 125-135.

Cushing, A. (2005, Dezembro). Parent Participation in Care: Bridging the Gap in the Pediatric ICU. *Newborn and Infant Nursing Reviews*, 5(4), 179-187.

Diogo, P. (2006). *A Vida Emocional do Enfermeiro – Uma Perspetiva Emotivo-Vivencial da prática de Cuidados*. Coimbra: Formasau.

Diogo, P. (2012). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica, Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. Loures: Lusociência.

Enfermeiros, O. d. (2007). Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório de Dados de Saúde. (O. d. Enfermeiros, Ed.) Lisboa. Recuperado em 5 de Outubro de 2012, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Paginas/SIE.aspx>

Enfermeiros, O. d. (2009, Dezembro). *Sistema de Individualização das especialidades clínicas em enfermagem- perfil de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista*. (O. d. Enfermeiros, Ed.) Lisboa.

Enfermeiros, O. d. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* (Série I, N.º3, Vol. 1). (O. d. Enfermeiros, Ed.) Lisboa.

- Fisher, M. & Broome, M. (2011). Parent-Provider Communication During Hospitalization. *Journal of Pediatric Nursing*, 26, 58-69.
- Goleman, D. (2011). *Inteligência Emocional* (16.^a Edição). Maia: Temas e Debates, Ciclo de Leitores;
- Harrison, T. (2010). Family-Centered Pediatric Nursing Care: State of the Science. *Journal of Pediatric Nursing*, 25, 335-343.
- Helseth, S. & Misvær, N. (2010). Adolescents' perceptions of quality of life: what it is and what matters. *Journal of Clinical Nursing*. 19, 1454-1461.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de enfermagem numa Perspectiva de Cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hockenberry, M.; Wilson, D. & Winkelstein, M. (2006). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (7.^a Edição). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Jasper, M. (2003). *Foundations in Nursing and Health Care: Beginning Reflexive Practice*. Cheltenham: Nelson Thrones Ltd.
- José, H. (2010). *Resposta Humana ao Humor: Humor como Resposta Humana*. Loures: Lusociência.
- Lopes, M. (2001). *Concepções e Desenvolvimento Sócio-Moral: Alguns dados e Implicações* (2.^a Edição). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Krettenauer, T.; Jia, F. & Mosleh, M. (2011). The Role of Emotion Expectancies in Adolescents' Moral Decision Making. *Journal of Experimental Child Psychology*, 108, 358-370.
- Morse, J. M.; Bottorff, J.; Anderson, G.; O'Brien, B. & Solberg, S. (2006). Beyond Empathy: Expanding Expressions of Caring. *Journal of Advanced Nursing Compliation*. 30th Aniversary Issue, Blackwell Publishing Ltd., pp. 75-87;
- Opperman, S. & Cassandra, K. (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Loures: Lusociência.

Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (2009). *O Mundo da Criança, da Infância à Adolescência* (11.ª Edição). São Paulo: McGraw-Hill.

Pereira, E. (2001, Agosto). Diários de Aprendizagem – Promoção da Reflexão na Prática Clínica. *Revista Investigação em Enfermagem* (4), pp. 12-19.

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República n.º 35 – II Série*. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República n.º 35 – II Série*. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde da Criança e do Jovem. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Saúde, D.-G. d. (2008). *Saúde Reprodutiva Planeamento Familiar*. (D.-G. d. Saúde, Ed.) Lisboa.

Saúde, D.-G. d. (2011). *Programa Nacional de Vacinação 2012*. (D.-G. d. Saúde, Ed.) Lisboa.

Warner, H. (2006, Março). Living with disability: Part 2. The child/family/nurse relationship. *Paediatric Nursing*, 18(2), 38-43.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar, Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Watson, J. (2003, Julho-Setembro). Love and Caring. Ethics of Face and Hand – An Invitation to Return to the Heart and Soul of Nursing and our Deep Humanity. *Nursing Administration Quarterly*, 27 (3), pp. 197-202.

Woodgate, R. (2006). The Importance of Being There: Perspectives of Social Support by Adolescents with Cancer. *Journal of Pediatric Oncology Cancer*, 23 (3), 122-134.

Zengerle-Levy, K. (2004, Setembro). Practices that Facilitate Critically Burned Children's Holistic Healing. *Qualitative Health Research*, 14 (9), 1255-1275.

Apêndice VI

Atividades de Formação enquanto Formanda

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

**Unidade Curricular:
Estágio com Relatório**

Atividades de Formação enquanto formanda:

- XIII Curso de Formação do Aparece
“Saúde dos Adolescentes – Curso
de Atualização”**
- Conferência “Promoção da
Esperança nos Processos de
Saúde-Doença”**

Docente:
Prof.ª Paula Diogo

Discente:
Maria João Caeiro Nº4002

Lisboa
Outubro 2012

XIII CURSO DE FORMAÇÃO DO APARECE “SAÚDE DOS ADOLESCENTES – CURSO DE ATUALIZAÇÃO”

23 e 24 de Outubro de 2012

O Curso de formação dinamizado pelo “Aparece-Saúde Jovem” foi uma experiência muito interessante, não só devido aos presentes motivos académicos, mas também em termos profissionais e pessoais. A abrangência multidisciplinar das temáticas, e o enfoque na faixa etária dos 11 aos 24 anos, na qual o “Aparece-Saúde Jovem” se especializou, deliciou-me sobretudo ao escutar profissionais com prática diária e já abrangente sobre as questões, retratadas no trabalho diário e contínuo com os adolescentes. Este pedaço (grande!) de experiência fez-me crescer como profissional, sedimentado na sede de saber e conhecer para melhor cuidar. O programa do Curso encontra-se em Anexo II, bem como os respetivos comprovativos de presença, em Anexo III.

Uma das mesas que apelou ao meu interesse reuniu alguns dos aspetos mais proeminentes de ser “adolescente nos dias de hoje”. A procura da autonomia, socialização com grupo de pares, projetar-se no futuro e uma descoberta da sexualidade durante este período é fulcral para o desenvolvimento da identidade, reforçando o que é encontrado na evidência científica a este respeito (Opperman & Cassandra, 2001; Oliveira, 2008; Papalia *et al.*, 2009; Sprinthall & Collins, 2011). Outro tópico associado à procura de autonomia é o espaço da família, onde são trabalhados os limites sobre o que se pode ou não fazer, devendo existir uma negociação saudável sobre esses mesmos limites impostos na relação e dinâmica familiar. A negociação no seio família é importante desde o início da relação familiar, educando a criança através de estabelecer limites, aprendendo a “dizer não”, como forma de organizar e estruturar um pensamento protetor, desde os primeiros anos, de acordo com o seu estágio de desenvolvimento (Hockenberry *et al.*, 2006). Esta ideia é reforçada pela importância dos afetos no seio familiar, uma vez que a criança “necessita de alguém que imponha limites à sua vontade e, ao mesmo tempo, a faça sentir-se protegida e segura. (OE, 2010, p. 88). A existência de figuras de referência na vida da criança deverá também ter uma função estruturadora, onde “a definição

de limites e estruturas que essas figuras impõem irá ajudá-las a aprender a controlar-se quando as *tentações* são fortes” (OE, 2010, p. 88).

A determinação de limites na vida da criança vai permitir ao adolescente, nos seus diferentes contextos, reconhecer igualmente o “não” e a mobilizá-lo no seu pensamento e aquisição da autonomia, estruturando os seus limites e solidez de pensamento. Sabe-se que o contributo do apoio familiar, aliado ao estabelecimento de limites estimula o questionamento e permite o desenvolvimento cognitivo e emocional (Papalia *et al.*, 2009). Porém, como fase de estruturação a diferentes níveis (mental, física, emocional...), os comportamentos associados a riscos estão associados à curiosidade, afirmação e procura de identidade (Papalia *et al.*, 2009).

Outra mesa que despertou a minha atenção, enquanto profissional numa Unidade de Adolescentes, foi a abordagem sobre psicofármacos, por parte de um profissional de saúde do “Aparece-Saúde Jovem”, uma vez que não é raro acolher adolescentes na unidade onde presto cuidados com patologias do foro psiquiátrico. Curiosamente, a sua introdução foi diretiva, referindo que a apresentação seria um resumo sucinto dos psicofármacos mais utilizados na adolescência, mas que a sua política de trabalho privilegiava a psicoterapia e a própria gestão de emoções, num trabalho multidisciplinar, que era realizado na Unidade. Ao escutar esta introdução, e no decorrer da apresentação, pareceu-me muito pertinente esta abordagem que considero tão importante, muito mais do que o recurso à intervenção farmacológica. Ocorreu-me pensar no trabalho emocional em enfermagem, onde emoções são uma ferramenta essencial, procurando compreender de que forma estas afetam todo o bem-estar do adolescente e como a podemos influenciar. Um exemplo claro é a empatia emocional como ferramenta que possibilita a construção da relação terapêutica (Delaney, 2006; Diogo, 2012). Por vezes, como elemento da equipa que contacta primeiramente com o adolescente e o acolhe, o enfermeiro está numa posição privilegiada para escutar o adolescente quando este tem alguma preocupação ou inquietação e que procura os serviços de saúde em busca de ajuda. Neste sentido importa escutar e ser sensível a expressões verbais e não verbais, que podem ajudar a compreender cada adolescente que é cuidado. Proporcionar um ambiente acolhedor, que permita ao cliente a expressão de sentimentos determina a

possibilidade desenhar um plano sensível à situação presente, promotor da esperança e de uma relação de confiança (Watson, 2002; Diogo 2006; 2012). Este aspeto foi observado diferentes vezes durante o acompanhamento de consultas aos adolescentes no “Aparece- Saúde Jovem”, e mesmo na minha prática diária no decurso dos cuidados a adolescentes. Porém, há que ser igualmente sensível e respeitar o adolescente se este não verbalizar ou conseguir comunicar a(s) causas do seu desconforto. Neste sentido mostrar a disponibilidade para que, se o adolescente desejar, poderá regressar e encontrar um profissional que estará disponível para novamente o acolher e escutá-lo (Diogo, 2006; Woodgate, 2006). Também importa salientar que o cliente psiquiátrico poderá ter características específicas que poderão exigir intervenções diferenciadas, e que se estendem para além do trabalho aqui desenvolvido. Ainda que a base das intervenções possam ser enquadradas nas estratégias citadas, poderá não dispensar outras intervenções, que não serão aqui desenvolvidas por não se enquadrar na temática nem do objeto de estudo proposto no decorrer deste trabalho.

No primeiro dia deste Curso de Formação, as mesas temáticas incidiram também em diferentes casos clínicos, discutidos pelos diferentes elementos da equipa multidisciplinar, *colorindo-os* com as suas perspetivas próprias, não perdendo o seu interesse próprio e riqueza pela complementaridade de conhecimentos. A apresentação elaborada e desenvolvida por mim (Apêndice VIII) foi integrada numa mesa que considerava também a abordagem a casos clínicos, importante pela ilustração de situações reais e concretas que são vivenciadas por parte de quem trabalha com adolescentes, fazendo também parte da minha experiência como profissional.

No segundo dia do Curso (dia 24 de Outubro), a primeira mesa trabalhou as questões do desenvolvimento e crescimento do adolescente. Apesar de ser uma temática que não me trazia novidade, uma vez que foi abordada na Unidade Curricular “A Criança e o Jovem em Crescimento e Desenvolvimento”, foi um recordar duma aula que abordou o a tendência secular do crescimento, suportado por estudos que mostram a evolução dos dados antropométricos em Portugal, associados à maturação também ela precoce (Padez, 2007). Curiosamente, foi

muito trabalhado o estádios de desenvolvimento versus crescimento, que no adolescente se caracteriza por se verificar desfasamento entre estádios de desenvolvimento (aquisição de pensamento abstrato, maturidade cognitiva...) e o crescimento fisiológico, em que maturadores precoces, adolescentes cuja menarca é precoce, e o seu corpo se desenvolve a grande velocidade, mas a maturidade cognitiva não acompanha este crescimento (Papalia *et al.*, 2009). Este aspeto curiosamente traduz-se numa maior propensão para comportamentos de risco, e que durante a mesa foi também debatido. Outro fator que poderá interferir na propensão para os comportamentos de risco prende-se com o contexto em que o adolescente se insere, nomeadamente a família, e como este contexto promove ferramentas para o desenvolvimento de resiliência e o crescimento harmonioso do adolescente face à adversidade, ou o inverso (Papalia *et al.*, 2009). A visão holística suportada pelo Paradigma da Transformação reforça esta importância de contextualizar cada cliente no seu ambiente e sua relação recíproca com o mesmo (Lopes, 2001).

A temática inerente à anorexia nervosa e bulimia e ao seu oposto, a obesidade e comportamentos desviantes relacionados com a alimentação, não podia deixar de ser um foco de atenção para mim. Na minha prática diária o contacto com distúrbios alimentares é comum, nomeadamente com adolescentes com anorexia nervosa, que afeta profundamente o crescimento e desenvolvimento e as suas causas são multifatoriais (Fleithlich, Larino, Cobelo & Cordás, 2000; Papalia *et al.*, 2009). A importância do trabalho emocional enquadrado na intervenção com cada adolescente, e da relação terapêutica que se estabelece, procurando que este respeite e aceite o seu corpo, bem como o tratamento proposto. A pouca motivação para cumprir o tratamento proposto é um dos obstáculos que surge nas intervenções junto dos adolescentes com anorexia nervosa (Papalia *et al.*, 2009; Sprinthall & Collins, 2011). Este distúrbio é mais comum em adolescentes do sexo feminino, apesar de poder ser encontrada em ambos os géneros (Papalia *et al.*, 2009), o que confirmo com a minha experiência profissional. Talvez pela minha ligação profissional a estes adolescentes, e a minha necessidade de formação na abordagem destas situações, levou-me a relevar a temática em questão. Curiosamente, a apresentação foi realizada por uma psicóloga, que trabalha numa

clínica vocacionada para o acolhimento e acompanhamento de adolescentes com anorexia nervosa. Esta explorou alguns conceitos que intimamente se relacionam com o cuidar e com alguns aspetos que na minha prática os encontro e relaciono com o trabalho emocional desenvolvido. Destes destaco o envolvimento, a escuta (sem juízos de valor e ativa), e a escuta não só do verbal mas também, e muito importante, o não verbal, estando sensível a este (Watson, 2002; OE, 2010), pelas características tão específicas da anorexia e a não aceitação do corpo e a sua imagem corporal. O acompanhamento multidisciplinar é fulcral, mesmo após a aceitação da necessidade de intervenção dos profissionais por parte da adolescente, é sempre necessário definir limites e metas, relacionadas com a intervenção terapêutica (Fleitlich *et al.*, 2000; Papalia *et al.*, 2009; Sprinthall & Collins, 2011).

Da minha experiência a negociação e o estabelecimento de um plano terapêutico, acordado entre ambas as partes, profissionais e a adolescente, é o primeiro passo para clarificar intervenções e estabelecer a relação, que na exposição foi denominada “relação de colaboração”. Para mim, afigura-se-me uma relação terapêutica, com a intencionalidade de melhorar o estado de saúde do adolescentes, através da negociação e a empatia (Delaney, 2006; OE, 2010), num ambiente acolhedor que vai crescendo no processo de cuidar, importando estar sensível às necessidades da adolescente, à expressão de emoções, integrado na procura da resolução do problema de forma criativa (Watson, 2002). Da minha experiência, habitualmente é definido um contracto onde são parametrizados limites (a adolescente fica sem contactos para o exterior, sem visitas – inclusive dos pais - e sem telemóvel). Estes limites vão sendo ajustados à medida que o peso vai aumentando. Esta intervenção é acompanhada pela equipa multidisciplinar, e existem reuniões frequentes entre esta equipa e os pais ou cuidadores informais, também possibilitando o ajuste do plano terapêutico, de acordo com a evolução que a adolescente apresente durante o internamento e aumento de peso. É um processo longo e com uma forte intervenção multidisciplinar, passando pela re-educação alimentar, psicoterapia, que envolve também a família (Fleitlich *et al.*, 2000; Papalia *et al.*, 2009).

Ainda assim, a experiência transmitida pela apresentadora da mesa traduz uma

vivência em clínica, não de internamento, mas que não descarta a negociação, envolvimento e o estabelecimento de uma relação empática, de confiança e negociação de ambas as partes. Estes aspetos acabam por, a meu ver, serem comuns, pela extrema importância da relação, e a contribuição destes para o sucesso terapêutico.

CONFERÊNCIA “PROMOÇÃO DA ESPERANÇA NOS PROCESSOS DE SAÚDE-DOENÇA” - PROFESSORA DOUTORA ZAIDA CHAREPE

25 de Outubro de 2012

A Conferência supracitada decorreu num dos anfiteatros da Universidade Católica. Esta teve uma grande adesão, apresentando-se com audiência lotada. O certificado de presença nesta conferência encontra-se em Anexo V. O tema aliado à “esperança nos processos de saúde-doença” trouxe-me uma perspetiva dos cuidados, como conceito abstrato e multidimensional, que está ancorado à intencionalidade terapêutica a que o cuidar está inerente. Este conceito procura estar também aliando a situações de doença e adaptação, uma condição associada a um momento de crise e stress, que precisa ser trabalhada, de acordo com o cliente e o que o rodeia como a rede social, familiar e de que forma esta pode trazer esperança ao cliente. A Doutora Zaida Charepe exemplificou o adolescente que questiona os conceitos abstratos, como é a esperança, e como isso pode afetar o seu sentido de esperança na sua vida, especialmente quando este padece de doença crónica. Este exemplo levou-me a refletir sobre a presença do enfermeiro como elemento capacitado para trabalhar a esperança e os sentimentos associados a este conceito, e que foram explicitados durante a conferência. A procura de suporte que figure para o cliente sentimentos positivos, aliados à esperança, poderá funcionar como mecanismo de *coping*. No adolescente com doença crónica são identificados três suportes fundamentais: família, profissionais de saúde e amigos especiais (Woodgate, 2006). Encontrando os recursos externos, também a mobilização de recursos internos, procurando inclusive que o adolescente encontre em si um sentido para a sua vida (Zengerle-Levy, 2004), aliando a empatia emocional como forma de transmitir sentimentos positivos e até mobilizando, numa caminhada conjunta entre enfermeiro e cliente (Williams & Irurita, 2006). A esperança é também um elemento essencial na relação terapêutica onde o enfermeiro procura suscitá-la no cliente, com a intenção deste acreditar nele próprio e na equipa de cuidados (Benner, 2001).

A esperança foi também caracterizada como elemento multidimensional, em seis dimensões que foram identificadas: afetiva, cognitiva, comportamental, afiliativa,

temporal e contextual. Watson (2002) inclui a esperança como um fator do cuidar, aliado à fé, como engrenagem que se encontra nos cuidados, ancorado ao conceito da “enfermagem como um processo de cuidar de humano-para-humano com dimensão espiritual” (Watson, 2002, p. 69). De tal forma é importante a componente afetiva e sobretudo relacional, que se fundamenta na “relação de cuidar, ajuda-confiança” (Watson, 2002, p 130). Esta não se pode desvincular do envolvimento comportamental e relacional que a esperança determina. Como a Doutora Zaida verbalizou na conferência, “o coração da esperança é a relação”. Esta relação tão única estabelecida na “relação de cuidar transpessoal, [onde] ocorre uma união espiritual entre duas pessoas” (Watson, 2002, p. 117), a qual procura oferecer aos intervenientes “a oportunidade de decidir como estar na relação – o que fazer com esse momento (...) [existindo a possibilidade do] enfermeiro (...) entrar na experiência de outra pessoa, e o outro pode entrar na experiência do enfermeiro” (Watson, 2002, p.105-106). A esperança não se deve confundir com otimismo, uma vez que este último não tem a componente relacional que caracteriza a esperança.

Existem então fatores que afetam a esperança, alguns deles já supracitados (apoio social, familiar, e de elementos específicos que fazem parte dos recursos externos do cliente. Também a esperança foi conotada como um fator de resiliência. O caso explicitado da criança ou adolescente que se depara com doença crónica e que apresenta um pensamento orientado para um futuro, como objetivos a pequeno prazo, funções alternativas desvinculadas à doença ou integração de experiências partilhadas com grupos com o qual se identifica, permite reforçar capacidades de resposta às adversidades. Reforçando a importância da resiliência, estudado por Sapienza e Pedromônico (2005, p.213), identificaram com fatores protetores o “suporte social e um auto-conceito positivo (...) a supervisão parental [e] participação nas atividades escolares”. São também destacados “fatores de proteção individuais, como cuidados estáveis, habilidade para solução de problemas, qualidade no relacionamento com pares e adultos (...) identificação com modelos competentes” (Sapienza & Pedromônico, 2005, p. 213).

A esperança é também trabalhada pela Ordem dos Enfermeiros, a qual lança no Guia Orientador de Boas Práticas, com intervenções relativas à promoção da

esperança aos pais com crianças com doença crónica (OE, 2011).

CONTRIBUTOS PARA A AQUISIÇÃO DE COMPETÊNCIAS DE ENFERMEIRA ESPECIALISTA EM ESCJ (DR, 2011)

A importância da atualização de conhecimentos ou mesmo de procurar novas práticas que enriqueçam os cuidados deve ser valorizado. A importância da tomada de decisão sustentada em conhecimentos sólidos e de fontes de conhecimento fidedignas é uma procura constante. Estas trarão consistência à minha prática, mas também trarão contributos para a reflexão diária sobre os cuidados e a própria enfermagem, enquanto ciência. Por este motivo, não só estas formações, as quais elaborei a presente reflexão, mas toda a aposta formativa que realizei até então procuram o “desenvolvimento das aprendizagens profissionais (...) [baseando] a sua prática clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (DR, 2011, p. 8653). Evidente que esta competência não se esgota com as presentes formações ou mesmo com o trabalho académico que presentemente tem sido desenvolvido, mas sim interessa uma continuação apaixonada pelo saber e o seu reflexo nos cuidados.

Especificamente as formações que tive oportunidade de assistir e aqui refletidas neste documento, permitir-me-á “assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (DR, 2011, p. 8654). Relevando a competência comum acima descrita, encontro competências e conhecimentos que me permitirão diagnosticar “precocemente e (...) [intervir] nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (DR, 2011, p. 8654). Esta competência foi desenvolvida ao aprofundar, sedimentar ou atualizar conhecimentos, uma vez que alguns destes já eram do meu conhecimento e que foram aprofundados (por exemplo a anorexia nervosa, conceitos relacionados com o crescimento e desenvolvimento e os riscos que poderão acarretar). A conferência sobre a “Promoção da Esperança nos Processos de Saúde-Doença” trouxe uma interessante perspetiva sobre os cuidados e a sua relação com a doença crónica, que mobilizei para a minha prática diária, bem como no desenvolvimento da competência associada à promoção da “adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, (...) deficiência/incapacidade” (DR, 2011, p. 8655). No meu quotidiano de cuidados

contacto recorrente com adolescentes com doença crónica e suas famílias. Esta é uma arrastada realidade, e na qual como enfermeira tenho um papel essencial na promoção da esperança. Este vínculo da esperança aos cuidados, já refletido acima, determina a sensibilidade que procurarei associar à promoção da “auto-estima do adolescente [que funciona como fator protetor] e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à sua saúde” (DR, 2011, p. 8655), e todos os critérios de avaliação que esta unidade de competência abarca. Evidente é a importância de adequar a comunicação ao seu estágio de desenvolvimento, procurando uma negociação harmoniosa do “contrato de saúde com o adolescente (...) [reforçando] a tomada de decisão responsável” (DR, 2011, p. 8655).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito, Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. (Vol. N.º 3). Coimbra: Quarteto Editora.

Delaney, K. (2006). Top 10 Mileu Interventions for Inpatient Child/Adolescent Treatment. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 19(4), pp. 203-214.

Diogo, P. (2006). *A Vida Emocional do Enfermeiro – Uma Perspectiva Emotivo-Vivencial da Prática de Cuidados*. Coimbra: Formasau.

Diogo, P. (2012). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica, Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. Loures: Lusociência.

Enfermeiros, O. d. (2009, Dezembro). *Sistema de Individualização das especialidades clínicas em enfermagem- perfil de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista*. (O. d. Enfermeiros, Ed.) Lisboa.

Enfermeiros, O. d. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* (Série I, N.º3, Vol. 1). (O. d. Enfermeiros, Ed.) Lisboa.

Enfermeiros, O. d. (2011). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* (Série I, N.º3, Vol. 3). (O. d. Enfermeiros, Ed.) Lisboa.

Fleitlich, B.; Larino, M.; Cobelo, A. & Cordás, T. (2000). Anorexia Nervosa na Adolescência. *Jornal de Pediatria*, 76 (3), 323-329.

Hockenberry, M.; Wilson, D. & Winkelstein, M. (2006). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (7.ª Edição). Rio de Janeiro: Elsevier.

Lopes, M. (2001). *Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral: Alguns dados e implicações* (2.ª Edição). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Oliveira, A. (2008). *Ilusões na Idade das Emoções, Representações Sociais da Morte, do Suicídio e da Música na Adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Opperman, S. & Cassandra, K. (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Loures: Lusociência

Padez, C. (2007). Secular Trend in Portugal. *J. Hum. Ecol.*, 22 (1), 15-22.

Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (2009). *O Mundo da Criança, da Infância à Adolescência* (11.ª Edição). São Paulo: McGraw-Hill.

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República n.º 35 – II Série*. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República n.º 35 – II Série*. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde da Criança e do Jovem. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Sapienza, G. & Pedromônico, M. (2005, Maio-Agosto). Risco, Proteção e Resiliência no Desenvolvimento da Criança e do Adolescente. *Psicologia em Estudo*, 10 (2), 209-216

Sprinthall, N. & Collins, W. (2011). *Psicologia do Adolescente, Uma Abordagem Desenvolvimentista* (5.ª Edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar, Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Williams, A. & Irurita, V. (2006). Emotional Comfort: The Patient's Perspective of a Therapeutic Context. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 405-415.

Woodgate, R. (2006). The Importance of Being There: Perspectives of Social Support by Adolescents with Cancer. *Journal of Pediatric Oncology Cancer*, 23 (3), 122-134.

Zengerle-Levy, K. (2004, Setembro). Practices that Facilitate Critically Burned Children's Holistic Healing. *Qualitative Health Research*, 14 (9), 1255-1275.

Apêndice VII

Estudo de Caso



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

**Unidade Curricular:
Estágio com Relatório**

Estudo de Caso

Unidade Funcional “Aparece-Saúde Jovem”

Docente:

Prof.^a Paula Diogo

Discente:

Maria João Caeiro Nº4002

Lisboa
Outubro 2012

NOTA INTRODUTÓRIA

O presente estudo de caso surgiu no contexto do acompanhamento das consultas a

adolescentes realizadas na Unidade Funcional “Aparece-Saúde Jovem”. Ao tomar consciência das necessidades e problemáticas dos clientes que recorrem a este serviço de saúde, a situação que me propus analisar foi escolhida por mim, e que após discussão com enfermeira orientadora, esta mostrou interesse pela apresentação deste estudo de caso no *XIII Curso de Formação do Aparece “Saúde dos Adolescentes – Curso de Atualização”*. Inicialmente este seria apenas para apresentação à equipa multidisciplinar, na Unidade Funcional, mas dado a riqueza do caso, foi relevado o seu interesse pela ilustração bastante próxima da realidade vivida pelos adolescentes, as suas dúvidas, decisões e responsabilização pela saúde.

A minha escolha recaiu sobre este caso pela sua complexidade, abrangência de intervenções e períodos que a adolescente recorreu ao “Aparece-Saúde Jovem”. Podemos encontrar várias fases inerentes às vivências do adolescente, as suas necessidades e problemáticas mais comuns e a forma como os serviços de saúde e a equipa multidisciplinar lhes dá resposta. Para a caracterização da cliente e do próprio contexto do caso a estudar, recorri instrumento internacional de avaliação psicossocial do adolescente com a designação “*HEADSS*”. Esta instrumento de avaliação é utilizado no “Aparece-Saúde Jovem” e engloba uma apreciação global do adolescente, para além da observação física e estado-ponderal. Por este motivo, e por se enquadrar num estudo de caso de uma adolescente, considerei pertinente nortear a minha colheita de dados mobilizando este instrumento. Foi então construída uma tabela que possibilitou organizar os dados colhidos e esquematizar a reflexão.

Será também alvo de reflexão neste documento a intervenção do enfermeiro especialista, como elemento essencial para que o adolescente se responsabilize pela sua saúde e suas decisões, mas também como elemento na equipa multidisciplinar, sensível às necessidades do adolescente e as vivências emocionalmente intensas, e como este intervém de forma a minimizá-las, numa perspetiva ancorada na relação terapêutica.

A fonte de dados principal deste estudo de caso foi o processo clínico, onde se condensa a informação relativa a consultas anteriores, e o historial da cliente. Outra

fonte de dados foi a consulta que acompanhei. Porém, mesmo com ambas as formas de colheita de dados, considero que poderia ter complementado esta com uma entrevista à adolescente, com os respectivos pedidos de autorização, atividade que não foi possível de realizar devido aos limites temporais do estágio. Poderei também que esta intervenção poderia não ser adequada num momento de fragilidade da cliente, o que poderia afetar a qualidade da entrevista e a própria relação terapêutica que procuraria estabelecer.

CARATERIZAÇÃO DA ADOLESCENTE

A D., de 23 anos, é a adolescente que focarei. A primeira vez que recorreu ao

“Aparece-Saúde Jovem” foi em 2011, desde então tem procurado este serviço de saúde esporadicamente. A caracterização da D. foi feita ao longo do tempo, uma vez que nem sempre a colheita de dados inicial é totalmente realizada, mas à medida que os contactos vão acontecendo, pelo que na primeira consulta pode não ter sido explorados todos os itens a avaliar no adolescente, nomeadamente na avaliação em função do instrumento de avaliação psicossocial “HEADSS”. Esta está esquematizada no **Quadro 2**. Nesta, cada letra tem um significado na avaliação do cliente, significando respetivamente: **H** (*home, casa*); **E** (*Education/Employment, Educação/Emprego*); **A** (*Activities, Actividades*); **D** (*Drugs, Drogas*); **S** (*Sexuality, Sexualidade*); **S** (*Suicide, Suicídio*).

Quadro 2. Caracterização Psicossocial do Adolescente segundo o instrumento de avaliação “HEADSS”.

H	- Reside com os pais em Lisboa;
E	- Frequenta o 2.º Ano de Psicologia;
A	- Por vezes não toma o pequeno-almoço, nem o almoço, por vezes janta.
D	- Não tem hábitos alcoólicos, nem tabágicos; - Não consome drogas; - Não toma medicação habitualmente.
S	<p>12 de outubro de 2011 (primeira consulta “Aparece-Saúde Jovem”)</p> <ul style="list-style-type: none"> - Menarca aos 15/16 anos; - Início da vida sexual aos 16 anos; - Realizou Interrupção Voluntária de Gravidez (IVG) em 2008, em Espanha. Até então utilizava como contraceptivo preservativo. Após a IVG iniciou contraceção hormonal (pílula) até Março de 2011, altura em que por irregularidade na toma deste medicamento, abandonou este método; - História de múltiplos parceiros sexuais (na primeira consulta já constava no 6.º parceiro. Atualmente este número era superior); - O namorado, K., de 21 anos, está preso, com o qual tem uma relação de dois anos; - Nem sempre se protege nas relações sexuais. <p>9 de outubro de 2012</p> <ul style="list-style-type: none"> - Amenorreia por nova irregularidade na toma da pílula. Relações sexuais desprotegidas (sem preservativo). Possível gravidez com desejo expresso de realizar IVG. - Atual namorado, o C., de 31 anos, com quem mantêm uma relação à cerca de 10 meses, sabe da possível gravidez e aceita-a.
S	

A primeira consulta...

A D. recorre ao “Aparece-Saúde Jovem” pela primeira vez a 12 de Outubro de 2011. O motivo que a leva a procurar os serviços de saúde foi motivado por se encontrar em amenorreia desde Março de 2011, altura em que suspendeu a a pílula por se ter esquecido de tomar. Porém, mesmo tendo suspenso a contraceção hormonal oral, manteve vida sexual ativa, nem sempre se protegendo com preservativo. Até então a D. realizava a sua vigilância ginecológica na Maternidade Alfredo da Costa [MAC], onde referiu que havia feito citologia em 2010, cujo resultado não tinha alterações. Não existe registo do motivo porque não voltou a recorrer a esta instituição.

É de salientar que a adolescente havia recorrido a outra unidade de atendimento a jovens, que a encaminhou para o “Aparece-Saúde Jovem”, pelo que foi através desta que teve conhecimento da unidade funcional. Nesta consulta foi então realizado um breve acolhimento e colheita de dados, que pelo que está descrito em processo clínico, seguiu os passos descritos no Diário de Campo I (Apêndice IV). Porém, verifico que alguns aspetos não foram explorados com a D., como é o exemplo do parâmetro S (Suicide/Suicídio) na avaliação *HEADSS*. Também o contexto e suporte familiar é pouco abordado. Foi realizada avaliação de sinais vitais (Tensão Arterial: 110/70mmHg) e avaliação estato-ponderal, com peso de 81,900Kg, altura de 1,75cm e um Índice de Massa Corporal de 26,5.

Na consulta de enfermagem, após a colheita de dados, as intervenções incidiram essencialmente pela responsabilização da adolescente sobre os riscos das IST, devido ao número elevado de parceiros sexuais e a irregularidade na utilização de preservativo. Este último aspeto levou a enfermeira a reforçar e incentivar a D. a exigir o direito e dever de proteção nas relações. Foi trabalhado na consulta a importância de uma alimentação saudável, pela alimentação irregular que a adolescente verbalizou. A intervenção direcionada para uma alimentação saudável inclui uma avaliação cuidada das possibilidades económicas e suporte familiar de

cada adolescente para escolher os alimentos e refeições, bem como reforçado a importância de realizar refeições de três em três horas. Concomitantemente no mesmo dia ocorreu consulta médica, na qual a adolescente ficou de realizar análises e ecografias de forma a despistar uma possível gravidez e reiniciar método contraceptivo hormonal.

A D. regressou ao “Aparece-Saúde Jovem” a 28 de outubro de 2011, apenas para consulta médica onde vem mostrar ecografia, que se encontrava normal, mas ainda aguardava análises. Mantinha-se ainda em amenorreia. Fica de regressar quando conseguir o resultado das análises, com o objetivo de reiniciar contraceção hormonal. A adolescente apenas regressa ao “Aparece-Saúde Jovem” cerca de um ano depois deste contacto, tendo em dezembro de 2011 reiniciado pílula, prescrita pelo médico de família.

A consulta que observei...

A presente consulta, que decorreu a 9 de outubro de 2012, e a qual tive oportunidade de assistir, é motivada por nova irregularidade na toma da pílula, que tomava desde dezembro de 2011. Este facto deveu-se à necessidade de tomar *Paracetamol*, em Junho de 2012, e pensando que este interferia com a contraceção hormonal, suprimiu dois dias de toma do contraceptivo. Durante este período existiram relações desprotegidas (sem preservativo associado). Desde esta altura a D. encontra-se em amenorreia e em setembro inicia quadro de pirose e queixas álgicas no hipocôndrio esquerdo. Por sua iniciativa, realizou um teste rápido de despiste de gravidez, que se revelou positivo. Por este motivo recorre ao “Aparece-Saúde Jovem”, pretendendo confirmar a gravidez e expressa o desejo de realizar nova IVG. Como já foi citado, o atual companheiro da D. sabe desta possível gravidez, e aceita-a. Porém, este aspeto não muda o desejo da adolescente realizar IVG, se assim lhe for permitido.

A intervenção da enfermeira, durante a consulta teve uma vertente assertiva, mas também de consciencialização e responsabilização sobre os atos da adolescente. Watson (2002) releva a importância do enfermeiro integrar no cuidar intervenções,

as quais denomina de “processos de cuidar” (Watson, 2002, p. 129), e que mobilizem a visão holística do cliente, compreendendo as suas necessidades e tudo o que poderá interferir positiva ou negativamente com as suas decisões e respostas. Na intervenção da enfermeira aqui explorada, procurarei identificar e mobilizar os fatores do cuidado que Watson (2002) identifica como presentes nos cuidados, dirigidos “para a preservação do ser pessoa e da humanidade, quer do enfermeiro quer do utente” (Watson, 2002, p. 131). Procurou-se compreender a razão da adolescente não ter procurado o apoio dos serviços de saúde assim que lhe havia ocorrido a supressão da toma da contraceção hormonal, confirmando a interferência ou não da medicação que tomou com a pílula. Tentar compreender os motivos, forças e crenças que levaram a adolescente à tomada de decisão, não identificando os riscos desta, leva a enfermeira a compreender as “forças existenciais, fenomenológicas e espirituais” (Watson 2002, p.130) que estão detrás desta ação. Importa também compreender o “sistema de valores humanísticos-altruístas” (Watson 2002, p.130) que a adolescente comporta, e que poderão influenciar as suas decisões. Nesta continuidade, ao conhecer o seu sistema de valores, com um olhar holístico sobre o cliente, permite à enfermeira intervir adequadamente e compreender quem cuida. A disponibilidade dos profissionais do Aparece foi relevada, nomeadamente na situação que levou à atual situação, explicando que a D. poderia ter telefonado ou comparecido no “Aparece- Saúde Jovem” para confirmar a forma correta de proceder. Este aspeto surge da importância de estabelecer um “ambiente sustentador, protetor e/ou corretivo mentalmente, fisicamente, socialmente e espiritualmente [no sentido de mostrar disponibilidade de] assistência às necessidades humanas” (Watson, 2002, p. 130).

Porém, questiono-me até que ponto se estabeleceu um sentimento de empatia e relação de confiança essencial para que a adolescente sentisse que na equipa encontrava um suporte para as suas dúvidas e anseios. O que terá levado a uma ausência de cerca de 1 ano, e a desvalorizar os riscos que correu, ainda que tenha sido alertada para estes nos contactos anteriores com o “Aparece-Saúde Jovem”? A importância de conhecer das “forças existenciais-fenomenológicas-espirituais [e os] sistemas de valores humanísticos-altruístas” (Watson 2002, p.130), como já foi explicitado toma dimensões importantes num cliente adolescente, pelo valor que

uma relação amorosa tem na vida dos adolescentes, e como as emoções podem afetar as suas decisões (Papalia *et al.*, 2009), de forma a desenvolver “sensibilidade para com os outros” [trabalhando com o cliente um] processo de cuidar [individualizado e] criativo na resolução de problemas” (Watson, 2002, p.130). A “relação de cuidar, ajuda-confiança” (Watson 2002, p.130) é então essencial no processo de cuidar de forma a estabelecer um plano terapêutico de “ensinar-aprender transpessoal” (Watson 2002, p.130) em que ambos os intervenientes crescem e aprendem. Esta base é um “investimento dos enfermeiros numa ligação afetiva, proximidade, conhecimento mútuo e confiança na construção da relação com o cliente” (Diogo, 2012, p. 147), que exige disponibilidade de tempo, capacidade de desmontar o problema e negociar, de forma a construir a estabilidade da relação (Diogo, 2012).

A D. foi também novamente alertada para os riscos das IST e da possibilidade de não poder realizar a IVG devido ao provável tempo de gestação ser superior a 10 semanas, limite legalmente previsto para o procedimento, de acordo com a Portaria N.º 741-A/2007 de 21 de Junho. Pela colheita de dados, a data da última menstruação foi, segundo a D., a 31 de Junho de 2012, pelo que existe a possibilidade de estar perto das 10 semanas de gestação ou já ter ultrapassado. Perante este aspeto a adolescente não verbalizou tristeza, mas no entanto conseguiu-se compreender que estava expectante para a realização de exames e ecografia para ter a certeza que não poderia realizar a IVG. A expressão de “sentimentos positivos e negativos” (Watson, 2002, p. 130) permite afinar a sensibilidade da enfermeira para uma situação concreta, reforçando a fé e esperança no processo de cuidar, assente na relação de ajuda e confiança, procurando o ambiente protetor, olhando ao todo que o cliente representa (Watson, 2002). A enfermeira procurou trabalhar com a adolescente o que esta sabia e o que a preocupava, de forma a intervir e a capacitar a adolescente neste processo e numa possível alteração aos seus planos futuros. A principal preocupação da D. eram os seus estudos, que possivelmente teria de rever a sua continuidade ou a alteração da sua rotina e reorganização de prioridades. Esta sabia que seria uma responsabilidade acrescida, a gravidez e a maternidade, algo que não estava nos seus planos a curto prazo. Ainda assim, sabia que poderia contar com o suporte do

namorado, que aceitou bem a possível gravidez, e possivelmente o apoio dos pais, apesar deste último suporte não ter sido aprofundado. Uma avaliação diagnóstica numa situação atual permite individualizar e orientar a cliente de forma ajustada as suas capacidades e necessidades, procurando conhecer o que sabe, o que a preocupa e estratégias/capacidades que poderão ser mobilizadas (Lopes, 2006). Esta reflexão conjunta entre enfermeira e cliente considero ter sido uma mais-valia para o fortalecimento da relação e o sentimento de confiança, proporcionando conforto a uma adolescente que se confronta com a gravidez indesejada. A *âncora* que o enfermeiro pode representar neste processo de cuidar transpessoal, onde também se descobre e é sensível às suas capacidades (reconhecendo em si até onde poderá ir), tendo em conta as necessidades de quem cuida (Watson, 2002). É aqui que as forças existenciais, fenomenológicas e espirituais de ambos os intervenientes se conjugam, de forma a desenvolver um “processo de cuidar criativo na resolução de problemas [igualmente ancoradas num] sistema de valores humanísticos-altruistas [e de] fé-esperança” (Watson, 2002, p.130). Neste sentido, quando se estabelece uma relação estável, “os enfermeiros têm a perceção de que as orientações e explicações que fornecem aos clientes são levadas em conta por estes” (Diogo, 2012, p. 158). Na minha perspetiva, a importância de ser sensível a cada situação, não tendo uma atitude paternalista ou moralista, é valorizada pelo adolescente e lhe fará sentido na assunção das decisões sobre a sua saúde.

Após a consulta de enfermagem, a D. foi encaminhada para a consulta médica, onde foram prescritas análises e ecografia. Posteriormente consegui saber que a D. confirmou a gravidez, e decidiu avançar com esta, essencialmente porque a gestação era superior a 10 semanas, tempo máximo permitido para recorrer a uma IVG.

A minha reflexão e a importância dada a este caso, justifica-se pela sua abrangência e por retratar muitas das situações vividas pelos adolescentes, suportadas pela minha experiência profissional e também relatadas pelos profissionais que trabalham no “Aparece- Saúde Jovem”. O que leva os adolescentes a procurar os serviços de saúde e o suporte que lhes é facultado levou-me então a explorar concretamente este caso, e o qual foi possível apresentar na sessão relativa ao tema de “Grávidas

e Mães Adolescentes no Aparece, Saúde Jovem – Casos Clínicos”, no **XIII Curso de Formação do Aparece “Saúde dos Adolescentes – Curso de Atualização”**. A contextualização e justificação deste trabalho encontra-se no documento relativo a atividade sobre a Apresentação de Caso no XIII Curso de Formação do Aparece “Saúde dos Adolescentes – Curso de Atualização” (Apêndice VIII).

Surgiu-me também a necessidade de trabalhar os meus próprios sentimentos face a esta situação. Uma breve reflexão escrita permite-me regular a minha disponibilidade e capacidade para cuidar em situações semelhantes, nas quais tenho um misto de sentimentos. Identifico a desvinculação que cada adolescente tem ao assumir a maternidade, como um facto que altera as suas vidas e a forma como perspetiva o futuro. A vivência de uma adolescência como período de descoberta e identidade (Papalia *et al.*, 2009), tão sua característica, toma contornos próprios que acredito levarem a crescer com um desafio acrescido, que dependerá de diferentes fatores a sua resolução. Recorri a uma forma de expressão própria de sentimentos que tenho, como forma de analisar as experiências, através da escrita (Diogo, 2012), nomeadamente poesia, a qual me identifico e permite “definir novos caminhos de descoberta sobre [mim]” (Diogo, 2006, p. 206).

Porquê?

Corres e não vês

A alegria e jovialidade

Escorrer-te pelas mãos

Pelo sorriso e pelos indecisos

Caminhos que escolhes

Não te percas, não te molhes

Pelos atalhos inseguros

Que não de asseguram futuros

Apenas constróis muros

Que sufocam o crescer

Ainda tens tanto que saber...

E porquê

Só agora vês

que os teus porquês

Foram tarde demais

As medidas reais

E os desejos tais

Foram a tua indecisão

E pouca atenção

Desde aos demais

Que as portas abriram

Mas pouco te redimiram

Pois não os procuraste mais

Porque desapareces

E só agora apareces

Na esperança da mudança

Que não pode ser prometida...

E o porquê de ter acontecido

De não ter sido prevenido

Algo decidido

Ao acaso

E que sabias onde encontrar

O tão conselho desejado tomar...

Continuamos a estar

prontos para te ajudar

Refletir e ponderar

Mas o desejo de mudar

Esse só tu podes tomar

Agora, as consequências há que abraçar

E a tua vida recomeçar

E a tua vida a caminhar...

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Biddle, V.; Sekula, L. & Puskar, K. (2010). Identification of Suicide Risk Among Rural Youth: Implications for the Use of HEADSS. *Journal of Pediatric Health Care*, 24 (3), 152-167.

Goldenring, J. & Rosen, D. (2004). Getting into adolescent heads: An Essential Update. *Contemporary Pediatrics*, 21, 64-90. Acedido a 5 de Outubro, 2012, de <http://rch.org.au/emplibrary/transition/HEADSS1.pdf>.

Diogo, P. (2006). *A Vida Emocional do Enfermeiro. Uma perspectiva emotivo-vivencial da prática de cuidados*. Coimbra: Formasau.

Diogo, P. (2012). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica, Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. Loures: Lusociência.

Lopes, M. (2006). *A Relação Enfermeiro-Doente como Intervenção Terapêutica. Proposta de uma Teoria de Médio Alcance*. Coimbra: Formasau.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar, Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (2009). *O Mundo da Criança, da Infância à Adolescência* (11.^a Edição). São Paulo: McGraw-Hill.

Portaria N.º 741-A/2007 de 21 de Junho. *Diário da República* N.º 118 – 1.^a Série. Ministério da Saúde. Lisboa.

Apêndice VIII

Atividade apresentação de estudo de caso no “Curso de Atualização do “Aparece-Saúde Jovem”



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

**Unidade Curricular:
Estágio com Relatório**

XIII Curso de Formação do Aparece “Saúde dos Adolescentes – Curso de Atualização”

Apresentação de Estudo de Caso Estágio na Unidade Funcional de Atendimento a Adolescentes “Aparece, Saúde Jovem”

Docente:

Prof.ª Paula Diogo

Discente:

Maria João Caeiro Nº4002

Lisboa
Outubro 2012

Contextualização

A Unidade Funcional de Atendimento a Jovens “Aparece – Saúde Jovem”, como unidade de referência nas questões ligadas à adolescência, pela sua população-alvo e a experiência dos profissionais que aqui trabalham, tem uma importante vertente formativa. Esta é assumida com importância e levada a cabo de diferentes formas, através de estágios (como é o presente), workshops e formações internas ou com uma abrangência maior, procurando divulgar o trabalho realizado ao longo do tempo e dotar os profissionais que trabalham com adolescentes de competências que permitam responder às necessidades destes. Neste sentido, o “Aparece-Saúde Jovem” realizou o *XIII Curso de Formação do Aparece – Curso de Atualização*, que decorreu nos dias 23 e 24 de Outubro de 2012, no qual tive oportunidade de participar. Este decorreu no auditório do Hospital Militar de Lisboa, situado na Avenida Infante Santo, tendo uma audiência completa de 80 lugares.

Ao propor à enfermeira orientadora a apresentação de um estudo de caso para os profissionais do “Aparece- saúde jovem”, esta considerou interessante. Este caso seria escolhido por mim, e o qual deveria resultar de uma consulta observada, escolhendo o caso que considerasse mais interessante. O caso escolhido combinava vários aspetos que retratam as vivências dos adolescentes e as experiências emocionais que decorrem das problemáticas inerentes à adolescência, tais como a sexualidade responsável, gravidez na adolescência, contraceção, respeito por si e pelos outros e Interrupção Voluntária da Gravidez [IVG]. O **Estudo de Caso** encontra-se detalhadamente analisado em Apêndice VII. Em discussão com a enfermeira orientadora sobre o caso escolhido, foi sugerido a apresentação do caso no Curso referido acima, como introdução à temática sobre “Grávidas e Mães Adolescentes no Aparece, Saúde Jovem – Casos Clínicos”.

Finalidade / Justificação

A sensibilização dos profissionais para as temáticas ligadas à adolescência contribui para a qualidade dos cuidados globais e direcionados às necessidades específicas dos clientes. De acordo com o Paradigma da Transformação, os cuidados terão em conta o todo que o cliente é, em interação com o seu meio envolvente, pelo que “os

cuidados visam manter o bem-estar tal como a pessoa o define (...) [e a enfermagem é também ela] influenciada por esta abertura ao mundo” (Lopes, 2001, p. 45). O Curso promovido pelo “Aparece- Saúde Jovem” permite que exista esta visão global do adolescente, uma vez que os temas foram variados e pertinentes, abrangendo diferentes profissionais e temáticas.

A globalidade da abordagem ao adolescente foca-se na “totalidade da natureza do indivíduo, no seu domínio físico, estético e moral – em vez de alguns aspetos do comportamento humano e fisiologia” (Watson, 2002, p. 86), algo que é muito presente do trabalho dos profissionais do “Aparece-Saúde Jovem”. Esta globalidade foi também trabalhada na minha apresentação, apesar da limitação de tempo de apresentação, (cerca de 10 minutos). Para sintetizar a avaliação da adolescente, recorri ao instrumento de avaliação psicossocial “**HEADSS**”, o qual pretende caracterizar cada cliente de acordo com **H** (home-casa, família), **E** (education), **A** (activities), **D** (drugs), **S** (sexuality) e **S** (suicide).

Pareceu-me também importante ordenar a apresentação por ordem cronológica, das consultas realizadas, uma vez que a adolescente apenas havia recorrido a quatro consultas no “Aparece-Saúde Jovem”. Destas, procurei destacar as consultas de enfermagem e a abordagem que em cada uma destas havia sido realizada. A promoção de saúde e sensibilização da adolescente para uma sexualidade responsável foi uma área trabalhada em quase todas as consultas, devido ao motivo principal que levava a cliente a comparecer na Unidade de Atendimento – irregularidade na contraceção e medo de possível gravidez indesejada. O incentivo à reflexão, através do questionamento dos seus comportamentos e das suas decisões, em paralelo com o desejo da adolescente ter um plano de futuro estável, associado ao curso superior que frequenta, é orientada pela enfermeira especialista no decorrer das consultas. Este é um foco importante no trabalho emocional em contexto de consulta, e que geralmente é bem aceite pelo cliente e com reflexos positivos na responsabilização pela sua saúde. Sabe-se que o “trabalho emocional da enfermeira ajuda a solidificar a relação interpessoal (...) [e] cria um ambiente confortável para o paciente (...) numa situação emocionalmente difícil, *stressante* e sujeita a pressão” (Gray & Smith, 2009, p.256).

Até à data da realização do Curso, a adolescente não havia decidido se avançaria com a gravidez, uma vez que aguardava saber o tempo de gestação através de exames complementares de diagnóstico. Foi alertada para o possível tempo de gestação avançado, o que poderia inviabilizar a IVG. Foi dado suporte durante as consultas, o que procurou estabelecer uma relação de confiança na equipa, nomeadamente na equipa de enfermagem, que procura ajudar a cliente a lidar com as questões relacionadas com o seu desenvolvimento como adolescente e com a situação de gravidez indesejada (Woodgate, 2006). O interesse e preocupação que as enfermeiras expressam durante o acompanhamento é um elemento que é descrito como importante nesta relação (Lopes, 2006). Este acompanhamento enquadra-se no “processo de cuidar criativo na resolução de problemas [igualmente ancoradas num] sistema de valores humanísticos-altruistas [e de] fé-esperança” (Watson, 2002, p.130). Importa complementar a compreensão deste estudo de caso com a leitura do Apêndice VII.

Planeamento e Execução

Na realização da prestação, procurei ser sucinta e explicitar de forma simples e lógica o historial da adolescente, enfatizando as intervenções de enfermagem desenvolvidas durante as diferentes intervenções, não deixando de salientar que o atendimento é global e holístico, em que cada cliente tem necessidades próprias. Baseei-me na colheita de dados e a consulta observada, nos quais resultaram o documento que analisa o estudo de caso proposto (Apêndice VII).

Realizei uma apresentação com quinze diapositivos, que culminou com questões de reflexão para o público. Este sugere ainda que, individualmente, como profissionais de saúde e como equipas que acolhem adolescentes no seu quotidiano, poderemos ter uma intervenção direcionada para que os clientes reflitam sobre a sua saúde e a adoção de comportamentos saudáveis, nomeadamente na promoção de uma sexualidade responsável. No término da exposição estabeleci a ponte para a apresentação seguinte, com exploração da casuística do “Aparece-Saúde Jovem” ao longo de cerca de 5 anos, sobre o número de grávidas adolescentes e alguns dados

relacionados com o tema. Seguem-se os diapositivos da apresentação realizada.



Grávidas e Mães Adolescentes do Aparece

Casos Clínicos

Unidade de Saúde Jovem do Centro, CHLC - Hospital D. Estêvão, Unidade de Adolescentes
Estudo de Mestrado em Enfermagem e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria - ESEI
2012

Identificação

- D.F., sexo feminino;
- D. N. – 6/10/1989 - 23 anos;
- Raça Negra;
- Solteira.

Antecedentes Pessoais/Contexto Familiar

- Vive com os pais, com quem tem um relacionamento bom;
- Avó materna faleceu com Diabetes;
- Tio (?) com Diabetes;

Avaliação HEADSS

- **H (Home)**
 - Reside em Lisboa, com os pais;
- **E (Education)**
 - Frequenta o 2.º Ano de Psicologia;
- **A (Activities)**
- **D (Drugs)**
 - Não tem hábitos tabágicos, alcoólicos ou drogas;
 - Não faz medicação habitual (à exceção de CH).

Avaliação HEADSS

- **S (Sexuality)**
 - Menarca aos 15/16 anos;
 - Início da V.S. aos 16 anos;
 - História de múltiplos parceiros (na primeira consulta já constava no 6.º parceiro, actualmente este número era superior);
 - Anterior namorado está preso, com o qual teve uma relação de 2 anos;
 - IVG em 2008 (18 anos), iniciou CH oral após.

Avaliação HEADSS

- **S (Sexuality) (continuação)**
 - Nem sempre se protege nas RS
 - Irregularidade na toma de CH oral.
- **S (Suicide)**

1ª Consulta (1ª vez) 12 Outubro 2011

- Motivo: Sem menstruação desde Março 2011, altura em que suspendeu CH por esquecimento na toma;
- Manteve V.S. activa, com história de 6 parceiros;
- Nem sempre se protege;
- Referenciada por outra Unidade de Saúde Jovem.

1ª Consulta (continuação)

- Fez IVG em 2008 (aos 18 anos);
- Desde esta IVG que iniciou CH oral até à data mencionada;
- Vigilância ginecológica habitual na MAC, onde refere ter feito citologia em 2010 – normal;
- Alimentação irregular: nem sempre toma o pequeno-almoço nem o almoço, por vezes janta.

1ª Consulta (continuação)

- Realizado acolhimento na consulta de enfermagem, colheita de dados e enfoque nos problemas detectados:
 - Responsabilização sobre os riscos das IST;
 - Direito e dever de exigir protecção (preservativo);
 - Ensino e importância de reiniciar método contraceptivo seguro, de forma correcta;
 - Vantagens da alimentação saudável.

9

2ª Consulta (Médica) – 28 de Outubro de 2011

- Vem mostrar ecografia;
- Aguarda análises;
- Mantém-se em amenorreia.



Fica de voltar para mostrar análises e reiniciar contacepção...

10

3.ª Consulta - 9 Outubro 2012 (1 ano após...)

- Amenorreia por irregularidade na toma da CH;
- Fez CH até Junho de 2012. Necessitou tomar *Paracetamol*, por pensar interferir com a pílula, atrasou o início da toma;
- Existiram R.S. desprotegidas neste período;

11

3.ª Consulta (continuação)

Desde Setembro azia, dor no hipocôndrio esq.



Realizou teste de gravidez à urina, por sua iniciativa, sendo **positivo**.

Expressa o desejo de realizar IVG.

12

3ª Consulta (continuação)

- A relação actual existe há 10 meses, com C., de 31 anos;
- C. tem conhecimento da gravidez, que aceita;



-Foi alertada para os riscos das IST;
-Foi esclarecida dos riscos de nova IVG;
-Alertada para a probabilidade de não poder realizar a IVG dado o provável tempo de gestação (+/- 10 semanas).

4ª Consulta (Médica) 12 de Outubro de 2012

- Análises confirmam gravidez;
- Pedido Ecografia para datação;
- Prescrito Folicil.

14



15

Avaliação

Após todas as prestações da mesa temática, existiu um pequeno espaço para dúvidas, reflexão e discussão. Não me foi dirigida em especial alguma questão sobre o que apresentei, mas de um modo geral, foi explicado, aquando a apresentação da casuística, que não é fácil moderar, modificar ou incentivar mudança de hábitos em adolescentes. Da experiência dos profissionais na área que trabalham no “Aparece-Saúde Jovem” e dos dados apresentados, estes evidenciam que grande parte das gestações não desejadas devem-se à irregularidade na utilização de contraceção. Não por falta de interesse ou informação por parte dos profissionais, mas nem sempre se verifica a adesão dos adolescentes à contraceção segura.

Da apresentação realizada por mim, especificamente o Estudo de Caso analisado, decorreu dentro do previsto, especificamente no seu conteúdo (que havia sido previamente apresentada à enfermeira orientadora e aprovada), e no tempo estipulado. Considero que haveria muito mais para explorar, nomeadamente sobre o trabalho emocional que havia sido desenvolvido durante a consulta que assisti e a adesão da adolescente ao que lhe era explicitado. Porém, este aspeto foi limitado pelo tempo e pela imposição do tema da mesa, pelo que não me foi permitido alongar o tema a outras vertentes, a meu ver, também importantes e que não ficaram esquecidas.

A importância desta mesa aflora-me também como um desafio importante na minha formação. A possibilidade de estar na posição de formadora, num evento desta dimensão foi um desafio do máximo interesse e crescimento pessoal e profissional. A articulação do discurso, da forma de transmitir o conteúdo e ser apelativo, é um trabalho complexo mas gratificante, e considero estar em crescimento constante a este nível. A apreciação realizada pela plateia foi positiva, inclusive pela enfermeira orientadora que assistiu, considerou ter sido uma apresentação clara e direcionada para os objetivos da mesa e da própria apresentação.

Contributos para a aquisição de competências de enfermeira especialista em ESCJ (DR, 2011)

Ao ocupar o papel de formadora, considero ter divulgado e promovido “práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (DR, 2011, p. 8650). Esta promoção ocupa um lugar de destaque na aquisição das competências de enfermeira especialista, não só pelo impacto da intervenção e da sua contextualização, mas também pela responsabilidade que me cabe na sensibilização e formação de profissionais para as problemáticas e necessidades específicas dos adolescentes. Esta intervenção responde também à competência que procura conceber, gerir e sobretudo colaborar “em programas de melhoria contínua da qualidade” (DR, 2011, p. 8651).

Também a sensibilidade que advém da escolha direcionada para esta situação, e de não outra, observada por mim em contexto de consulta, parece ter alguma consistência pela sua riqueza em termos de abrangência. Esta espelha situações que são frequentes encontrar quando, enquanto profissionais, os adolescentes procuram em nós respostas às suas dúvidas, anseios, problemas, que são reais e explícitos como a situação apresentada. Neste sentido, considero que a experiência contribuiu para desenvolver a competência ligada ao diagnóstico precoce e intervenção “nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (DR, 2011, p. 8654). Intimamente ligado ao diagnóstico e planeamento de intervenções, surge a promoção da “auto-estima do adolescente e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde” (DR, 2011, p. 8655), trabalho diário que vem no seguimento da qualidade de cuidados e para o qual os profissionais deverão estar despertos.

Referências Bibliográficas

Enfermeiros, O. d. (2009, Dezembro). *Sistema de Individualização das especialidades clínicas em enfermagem- perfil de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista*. (O. d. Enfermeiros, Ed.) Lisboa.

Gray, B. & Smith, P. (2009). Emotional Labour and the clinical settings of nursing care: the perspectives of nurses in east London. *Nurse Education in Practice*, (9), pp.253-261.

Lopes, M. (2001). *Concepções de Enfermagem e Desenvolvimento Sócio-Moral: Alguns dados e implicações* (2.^a Edição). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Lopes, M. (2006). *A Relação Enfermeiro-Doente como Intervenção Terapêutica. Proposta de uma Teoria de Médio Alcance*. Coimbra: Formasau.

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República n.º 35 – II Série*. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República n.º 35 – II Série*. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde da Criança e do Jovem. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar, Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Woodgate, R. (2006). The Importance of Being There: Perspectives of Social Support by Adolescents with Cancer. *Journal of Pediatric Oncology Cancer*, 23 (3), 122-134.

Apêndice IX

Atividade Painel Temático “Os Afetos...”



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

**Unidade Curricular:
Estágio com Relatório**

Painel Temático “Os Afetos...”

**Estágio na Unidade Funcional de
Atendimento a Adolescentes “Aparece,
Saúde Jovem”**

Docente:

Prof.ª Paula Diogo

Discente:

Maria João Caeiro Nº4002

Lisboa
Outubro 2012

Contextualização

Após conhecer o espaço e a dinâmica das consultas, na Unidade Funcional de Atendimento a Adolescentes “Aparece, Saúde Jovem”, que descrevi sucintamente no Diário de Campo I (Apêndice IV), procurei desenvolver uma atividade que pudesse incitar à reflexão dos adolescentes enquanto aguardam consulta na sala de espera. Esta atividade foi proposta por mim após discussão com a enfermeira orientadora, após verificar que os profissionais da unidade expunham diferentes temas num *placard* exposto na sala de espera. Tendo em conta a temática do meu projeto de estágio, pareceu-me pertinente trabalhar a vertente dos afetos, apelando à reflexão, nomeadamente na responsabilização dos adolescentes sobre a sua saúde. A pertinência deste trabalho foi discutida e aprovada pela enfermeira orientadora após reunião para enquadrar e apresentar esta proposta de atividade.

Finalidade / Justificação

Procurei mobilizar a temática da sexualidade responsável na adolescência, aliando-a ao tema dos afetos. Estes últimos estão presentes nas relações sociais e íntimas que os adolescentes encontram, como forma da construção da sua identidade e autonomia (Papalia *et al.*, 2009; Sprinthall & Collins, 2011). A importância dos afetos para os adolescentes poderá constituir uma forma de cativar o cliente e à reflexão sobre os seus comportamentos, e decisões sobre a sua saúde. Esta poderá ser um ponto de partida para que o adolescente se questione sobre si e sobre a sua relação (íntima ou não) com os outros e um meio de promover o auto-conhecimento. Desta forma, quando chamado para a consulta, poderá questionar o profissional de saúde, sobre situações concretas da sua vivência, dúvidas, sentimentos, preocupações que poderão surgir após a reflexão sobre o tema apresentado.

A importância da abordagem ao adolescente através dos afetos surge pela forma como este interpreta as suas emoções, e como as suas escolhas são tomadas, onde o sentimento é sobreposto à razão, levando-o a correr riscos e a sobrevalorizar as

consequências destes (Papalia *et al.*, 2009). A par do consumo de drogas, os comportamentos de risco associados às vivências da sua sexualidade são uma realidade. Durante o estágio na Unidade “Aparece - Saúde Jovem”, no acompanhamento das consultas de enfermagem, verifiquei que muitos adolescentes se expõem a riscos devido ao modo como encaram e vivem a sua sexualidade. Este aspeto está patente pelos inúmeros parceiros sexuais, a irregularidade na utilização de métodos contraceptivos, ou na sua incorreta utilização e, ainda, a idade precoce de início da atividade sexual. Porém, este conhecimento relativo a comportamentos de risco já advém da minha experiência enquanto enfermeira a trabalhar numa Unidade de internamento de Adolescentes, apesar de este ser reforçado com a presente experiência durante o estágio e da validação da experiência da enfermeira especialista. As intervenções nesta área requerem pois a consciencialização de

“mesmo que os adolescentes sejam capazes de raciocínio lógico, (...), nem sempre o utilizam nas suas tomadas de decisões. (...) especialmente em situações altamente emocionais [uma vez que] pensam menos sobre hipotéticas consequências futuras e mais sobre recompensas imediatas. Além disso, os adolescentes são mais impulsivos (...) e tem mais dificuldade em regular [o] seu humor e comportamento” (Papalia *et al.*, 2009, p. 427)

Reconhecendo a sensibilidade dos adolescentes aos seus sentimentos e emoções, procurei mobilizar esta característica para lançar a reflexão e consciencialização do adolescente para os riscos que corre, associado à incorreta proteção nas suas relações íntimas e às vivências emocionalmente negativas que poderá implicar na sua vida, como uma gravidez indesejada, diagnóstico de IST ou mesmo uma relação não correspondida e/ou conflituosa. Esta reflexão procura também reforçar a autoestima do adolescente, procurando incentivar ao respeito por si e pelo seu corpo, responsabilizando-o pela sua capacidade de decisão.

Neste sentido, a intervenção do enfermeiro reveste-se de importância, como elemento que está consciente das “experiências emocionais de tonalidade negativa que dão significado ao sofrimento (...) [e por este motivo sabem] que os clientes conseguem lidar melhor com isso se forem ajudados” (Diogo, 2012, p.131). Incentivar uma sexualidade responsável, com mensagens direcionadas para o incentivo à utilização correta da contraceção, respeito por si e pelos outros, perigos

inerentes às IST, promovendo a reflexão e enfatizando a disponibilidade dos profissionais da Unidade Aparece, onde o adolescente encontra profissionais que o poderão ajudar na aquisição de competências pessoais e na capacitação (*empowerment*) para decidir sobre os seus interesses e a sua saúde. É então uma intervenção direcionada e intencional que é inculcada na elaboração e exposição deste Painel Temático, procurando “contribuir para uma experiência positiva, dando armas e ferramentas para que [os adolescentes] consigam sair [ou evitar] (...) o sofrimento [e a potencial vivência de experiências de tonalidade negativa]” (Diogo, 2012, p. 131).

Deseja-se então que seja para além de um ponto de informação, seja também de consciencialização do adolescente, para a responsabilização sobre a sua saúde e a promoção de estilos de vida saudáveis, aspetos inseridos nos objetivos que a Unidade “Aparece” preconiza conforme expresso na descrição da unidade (Apêndice I). Concretamente na intervenção de enfermagem que procura a aproximação através desta sensibilização, para além de “oferecer (...) a oportunidade de decidir como estar na relação [entre adolescente e enfermeiro], (...) amplia os limites de abertura e tem a capacidade de expandir as potencialidades humanas” (Watson, 2002, p. 105).

Planeamento e Execução

Foi realizado uma apresentação em diapositivos, sobre o tema em questão. Procurei utilizar imagens de fundo nos diapositivos que chamassem à atenção para os adolescentes, com corações e mensagens que possam ser apelativas, relacionadas com o tema dos afetos, incorporando mensagens simples que incentivem à reflexão. Este trabalho teve por base as necessidades dos adolescentes de encontrei na observação das consultas, da minha experiência como profissional e no que foi discutido com a enfermeira orientadora. Foi também consultada bibliografia sobre a temática relativa a contraceção, e ISTs, sendo utilizada como referência a Direção-Geral de Saúde [DGS] e as orientações que disponibiliza sobre as temáticas.

De seguida encontram-se os diapositivos afixados na Unidade.





Para seres **Feliz**, precisas então...

Gostar de ti!

Porque...

Amar a si próprio é começo de um romance para a vida inteira!

(Oscar Wilde)

I ♥ ME

Ama com RESPEITO pelo teu CORPO e pela tua SAÚDE!

Para não acabares com o coração despedaçado...



Algumas dicas para seres feliz...!

- Namora com uma pessoa que te **respeite**, as tuas decisões, as tuas preocupações...
- Aprende a dizer **SIM** quando queres muito;
- Aprende a dizer **NÃO** quando não queres ou não estás preparada/o.

Prevenção das Infecções Sexualmente Transmissíveis...

Quanto mais parceiros tiveres, maior a probabilidade de apanhares **infecções sexualmente transmissíveis!**

As **Infecções Sexualmente Transmissíveis** Graves até podem levar à **esterilidade!**

Se tiveres **relações desprotegidas**, vem sempre falar com um **profissional de saúde!**

Não te esqueças, a **vacina do HPV** é **gratuita** até aos **13 anos**.

A utilização de **PRESERVATIVO** de forma correcta é essencial para te protegeres!

Previne:
- Infecções como Hepatite B e C,
- SIDA, Sífilis, entre outras...
- Gravidez Indesejada.

O que é importante...

Saberes decidir de forma **responsável** e **segura!**

Encontrares alguém que te faça **feliz** e **respeite!**

Protege-te!

Exige o **respeito** que **mereces!**

Aprende a gostar de ti!

Aprende a dizer **SIM** ou **NÃO!**

Procura informação junto dos **profissionais de saúde**, para que a **receita da felicidade** não fique sem tempero! Vem ao...

aparece
saúde jovem

...porque esta equipa quer ver-te feliz!!!

Realizado por:
Enfermeira Maria João Ferreira Castro
(Estudante do Mestrado em Enfermagem e
Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e
Pediatrica - ESEL)
2012

Após conclusão dos diapositivos, estes foram apresentados à enfermeira orientadora e à diretora clínica e ajustados, após reunião e discussão com as mesmas, os quais foram sujeitos a ligeiras reformulações, bem como o documento de avaliação, na figura 1.

Foram então impressos em folha A3, cada diapositivo, e colocados na sala de espera, no Painel que é destinado a este tipo de eventos. A Imagem 1 e 2 mostra o trabalho final exposto, em local visível para quase a totalidade da sala de espera, permitindo a fácil leitura para quem espera consulta. Todas as fotografias aqui apresentadas foram autorizadas pela Diretora Clínica e pela Enfermeira Orientadora.



Imagem 1. Painel temático na sala de espera do “Aparece-Saúde Jovem”



Imagem 2. Panorâmica da sala de espera do “Aparece-Saúde Jovem”

Avaliação

A avaliação do painel temático foi realizada através de um pequeno questionário de avaliação (Figura 2) que visa compreender o impacto do conteúdo do Painel, e se este despoletou uma reflexão no adolescente, enquadrado na sua visão sobre a vida e os seus comportamentos. Estes questionários foram colocados junto do painel e devidamente assinalados, solicitando a participação do adolescente na avaliação (Imagem 3).

Uma vez que o painel apenas foi exposto na última semana do estágio, foi aferido com a enfermeira orientadora que eu voltaria no fim dos estágios para levantamento das respostas dos questionários, para respetiva avaliação da atividade.



Imagem 3. Questionários de avaliação e local de recolha, na sala de espera.

Regressei então após o término do período de estágios, no fim de Fevereiro. Obtive o total de 19 questionários respondidos. Dos resultados obtidos, o tema foi considerado importante pela maioria dos inquiridos (100%). Este trouxe algo novo a 58% dos inquiridos, e os restantes 48% não encontraram novidade no Painel. Apesar de não constituir informação nova para a maioria dos inquiridos, este levou à reflexão a maioria dos adolescentes sobre a sua vida e suas decisões (84%), o que reforça o que é observado na prática e o que a bibliografia nos explicita, considerando o impacto das emoções na tomada de decisão dos adolescentes, mesmo conhecendo as formas de melhor se proteger e os riscos a que se expõem (Papalia *et al.*, 2009). Cerca de metade dos inquiridos vão procurar saber mais sobre o tema, contrastando com os 37% que não procurará mais informação e 10% que não responderam. A equipa do “Aparece - Saúde Jovem” é valorizada na perspetiva dos adolescentes que recorrem a esta Unidade, uma vez que é uma referência para 84% dos inquiridos, encontrando nesta apoio e competências para esclarecer as suas dúvidas e ajuda na mudança de hábitos. A questão de resposta aberta a sugestões é preenchida com agradecimentos à equipa e mais uma vez valorização

das suas competências. É também reforçada a pertinência do tema, e um dos questionários revela procurar saber mais sobre relações sexuais, em concreto.

Avaliação do painel “Os Afetos”		
Após a leitura no painel, agradecemos que nos dê a tua opinião:		
Consideraste este tema importante?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Aprendeste algo novo com a leitura do painel?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Este trabalho fez-te pensar na tua vida e tuas decisões?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Vais procurar saber mais sobre o tema em questão?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
Recorrerias à equipa de profissionais do “Aparece” para esclarecer as tuas dúvidas e ajuda na mudança de hábitos?	Sim <input type="checkbox"/>	Não <input type="checkbox"/>
	Outros <input type="checkbox"/> Quais? _____	
Obrigado pela colaboração!		
A equipa do “Aparece” e a Enf. ^a Maria João Caeiro (Estagiária)		

Figura 2. Questionário de avaliação do painel temático “Os Afetos”.

Contributos para a aquisição de competências de enfermeira especialista em ESCJ (DR, 2011)

A sensibilização dos adolescentes para a reflexão sobre as decisões comportamentos, incentivando a responsabilização sobre estes, visa em grande parte responder às suas necessidades e anseios, quando recorrem a uma unidade de saúde. Esta unidade funcional exclusiva de atendimento a adolescentes define os seus objetivos em função da população tão específica, com necessidades também elas singulares. É então importante estar sensível a estas necessidades e alerta sobre os riscos a que cada adolescente poderá estar sujeito, de forma a aconselha-

lo e orientá-lo, no sentido de uma prevenção e promoção da saúde e bem-estar. Esta atividade complementa e responde ao objetivo proposto de “desenvolver estratégias e intervenções terapêuticas promotoras de experiências emocionais positivas no adolescente”, mas não se esgota nesta atividade.

Ao tomar consciência da dinâmica e da forma como o adolescente é atendido, e ao identificar a necessidade ou forma de atuar, neste caso específico, incentivando a reflexão, enquadra-se na competência geral relacionada com uma intervenção que procura “melhorar a informação para o processo de cuidar, os diagnósticos, a variedade de soluções eficazes a prescrever e a avaliação do processo de cuidar” (DR, 2011, p. 8652). Ao procurar informar o cliente, este poderá vir mais desperto para a necessidade de cuidados, funcionando como alavanca para o estabelecimento de uma relação de confiança na equipa, nomeadamente nos enfermeiros, que é habitualmente o primeiro profissional a atender o adolescente. Esta competência espelha-se na procura sistemática de “oportunidades para trabalhar com a família e (...) jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde” (DR, 2011, p. 8654).

Do desenvolvimento da sensibilidade em compreender as necessidades e comportamentos de risco associados à adolescência, emergiu também o propósito de, através de uma forma criativa e apelativa, a melhor forma de informar, consciencializar e responsabilizar os clientes sobre e pela sua saúde. A comunicação com o adolescente, através de um Painel Temático, sobre um assunto que é íntimo para a maior parte dos clientes da Unidade “Aparece – Saúde Jovem” sugere-me ter contribuído para o desenvolvimento da competência associada à comunicação com o adolescente “utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento” (DR, 2011, p. 8654). A intencionalidade que lhe foi conferida procura proporcionar a facilitação da “comunicação expressiva de emoções [reforçando a importância da] tomada de decisão responsável, [negociando o] contrato de saúde com o adolescente” (DR, 2011, p. 8655).

Referências Bibliográficas

Diogo, P. (2012). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica, Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. Loures: Lusociência.

Saúde, D.-G. d. (n.d.). *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva*. acessido a 13 de outubro de 2012 em <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/>.

O. d. (2009, Dezembro). *Sistema de Individualização das especialidades clínicas em enfermagem- perfil de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista*. (O. d. Enfermeiros, Ed.) Lisboa.

Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (2009). *O Mundo da Criança, da Infância à Adolescência* (11.ª Edição). São Paulo: McGraw-Hill.

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República n.º 35 – II Série*. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República n.º 35 – II Série*. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde da Criança e do Jovem. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Saúde, D.-G. d. (2008). *Saúde Reprodutiva Planeamento Familiar*. (D.-G. d. Saúde, Ed.) Lisboa.

Sprinthall, N. & Collins, W. (2011). *Psicologia do Adolescente, Uma Abordagem Desenvolvimentista* (5.ª Edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar, Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Apêndice X

Atividade “Folhetos Informativos sobre a Contraceção Oral Combinada (Pílula)” e
“Desconfortos na gravidez”



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

**Unidade Curricular:
Estágio com Relatório**

Folhetos Informativos: “A Pílula” e “Desconfortos na Gravidez”

**Estágio na Unidade Funcional de
Atendimento a Adolescentes “Aparece,
Saúde Jovem”**

Docente:
Prof.ª Paula Diogo

Discente:
Maria João Caeiro Nº4002

Lisboa
Outubro 2012

Contextualização

O acompanhamento das consultas de enfermagem permitiu-me ter uma visão abrangente dos principais motivos que levam os adolescentes a recorrer a esta unidade de atendimento. Nas consultas a adolescentes, verifiquei que muito das clientes do género feminino que tomavam contraceptivo hormonal oral apresentavam irregularidade na toma da pílula. Esta irregularidade devia-se a vários fatores como lapso de informação em situações específicas como a ingestão de medicamentos que interferiam com a pílula, esquecimentos da toma à hora prevista, e dificuldade na própria gestão da medicação.

Outra vertente do atendimento no “Aparece-Saúde Jovem” são as consultas de Saúde Materna, que tive também oportunidade de acompanhar. Este seguimento realiza-se desde a confirmação da gravidez até ao fim desta, sendo por norma o local do parto a Maternidade Alfredo da Costa [MAC]. Durante as consultas que acompanhei, verifiquei que algumas adolescentes referem diferentes desconfortos físicos, derivados das alterações físicas e hormonais resultantes da gravidez (DGS, 2007).

Estas situações específicas levaram-me a ponderar a utilidade de criar dois folhetos informativos, cada um sobre as duas temáticas acima explicitadas. Após esta apreciação e reunião com enfermeira orientadora sobre a pertinência desta atividade, foi acordado que poderia realizar folhetos informativos que permitissem as adolescentes tomar decisões conscientes e informadas, para que também seja inculcida a responsabilidade sobre a sua saúde ou uma forma de melhor vivenciar a gravidez, minimizando os desconfortos a esta associados.

Finalidade / Justificação

Dos aspetos supracitados, considerei pertinente a realização de folhetos informativos, procurando por um lado colmatar a falha de informação ou dificuldade em apreender uma quantidade grande de indicações, por outro lado melhorar os cuidados prestados, através de um documento de apoio que pudesse facilitar a

compreensão e o bem-estar das adolescentes. Estes procuram promover experiências positivas derivadas de uma tomada de decisão informada e responsável. É neste sentido que o “enfermeiro ajuda os indivíduos a encontrar significado na sua existência, na desarmonia, no sofrimento, e no tumulto, promovendo o autocontrole, a escolha e a autodeterminação nas decisões de saúde/doença.” (Watson, 2002, p. 87).

Um dos pedidos frequentes na consulta é o início de método contraceptivo. Mesmo não sendo o motivo principal, é detetado frequentemente erros na toma dos contraceptivos hormonais orais, algo que constatei durante o estágio e aferido com a enfermeira orientadora. Por este motivo, desenvolvi também um folheto informativo que pode ser fornecido durante as consultas de enfermagem, sempre que pertinente, no ensino sobre a contraceção. Este é aliado a uma reflexão guiada pela enfermeira sobre as decisões do adolescente sobre as suas vivências, uma vez que o desenvolvimento cognitivo permite que imaginem uma “sequência de eventos que poderiam ocorrer (...) [como] consequências dos seus atos” (Hockenberry *et al.* 2006, p.500). Esta reflexão é acompanhada pelo reforço do uso do preservativo, como único método que protege da IST (DGS, 2008). Esta reflexão é essencial na visão de Watson (2002, p.130), que considera como um dos fatores do cuidar o “ensinar-aprender transpessoal”, que corrobora a conceção inerente ao Paradigma da Transformação, em que ambos os intervenientes são mutuamente influenciáveis e que ambos crescem desta relação única, patente no cuidar transpessoal, no qual, ainda na perspetiva de Watson (2002, p.106) “o enfermeiro pode entrar na experiência de outra pessoa, e o outro pode entrar na experiência do enfermeiro”. Sublinho a importância desta atividade como circunscrita ao foco preconizado pela OE (2007, p.9), relativamente ao “uso de contraceptivos”, enquadrado no resumo mínimo de dados desejado para centro de saúde.

Mesmo existindo uma intervenção incisiva na importância da contraceção, nem sempre esta tem sucesso, e a gravidez na adolescência é uma realidade. No “Aparece-Saúde Jovem”, é efetuado o acompanhamento de grávidas adolescentes. Observei algumas consultas a grávidas adolescentes, e sobre as quais foi dedicado o **Diário de Campo III** (Apêndice IV). A gravidez na adolescência é conotada por

uma situação singular, que desencadeia riscos físicos, psicológicos e socioeconómicos (Opperman & Cassandra, 2001). A intervenção da enfermeira procura não só reforçar as competências da adolescente ou do casal, uma vez que “um papel ativo durante a gravidez (...) é benéfico a curto prazo como (...) a longo prazo” (Opperman & Cassandra, 2001, p.189). As mesmas autoras salientam que a enfermeira deve ajudar a “procurar recursos disponíveis e adequados (...) [encorajando a] identificar as pessoas que as podem apoiar” (Opperman & Cassandra, 2001, p.189).

A gravidez provoca então uma profunda alteração das tarefas da adolescência e da procura pela sua identidade e autonomia. É da maior importância o enfermeiro estar desperto para esta problemática e procurar minimizar o sofrimento que advém das alterações nas diferentes dimensões que a gravidez acarreta para os adolescentes. A sensibilidade vigilante que deverá estar patente no enfermeiro coloca-o como elemento consciente das “experiências emocionais de tonalidade negativa que dão significado ao sofrimento (...) [e por este motivo sabem] que os clientes conseguem lidar melhor com isso se forem ajudados” (Diogo, 2012, p.131). As queixas relativas aos desconfortos associados às alterações fisiológicas da gravidez é um dos temas abordados durante a consulta, pelo que considere importante elaborar um folheto informativo sobre os desconfortos mais comuns na gravidez. Este visa minimizar os desconfortos nesta fase (DGS, 2007), procurando que seja um momento de crescimento e aprendizagem, minimizando ou atenuando as emoções negativas que poderão advir de uma gravidez que traduza vivências e sentimentos negativos.

Planeamento e Execução

Inicialmente foi realizada pesquisa bibliográfica sobre os temas. A fundamentação baseou-se em orientações técnicas e diretrizes da Direção-Geral de Saúde, que estão disponíveis no seu site (<http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/>) e nas referências bibliográficas que suportam este trabalho. Após estruturação do conteúdo a incluir em cada folheto, foi construído um documento escrito, dobrável em três partes, frente e verso. Para o folheto que inclui informação sobre a contraceção hormonal

oral (pílula), procurou-se focar os aspetos mais importantes sobre este medicamento, nomeadamente o que é, vantagens, a forma correta de tomar e situações em que não está protegida. É dado também enfoque sobre a utilização do preservativo, como único método que protege das IST e recomendado na falha do contraceptivo hormonal oral.

O folheto que inclui os desconfortos mais comuns na gravidez compila sugestões que poderão ajudar a adolescente a melhorar desconfortos como náuseas e vómitos, obstipação, pirose, estrias, derrames nos membros inferiores e espasmos musculares.

Em ambos os folhetos a linguagem foi adaptada para que fosse compreensível para a população-alvo do “Aparece-Saúde Jovem”. A elaboração de ambos os folhetos foi sofrendo alterações ao longo da sua execução, uma vez que foram sujeitos a discussão em equipa (enfermeiras especialistas e diretora clínica responsável), que conhecem de perto a realidade do “Aparece-Saúde Jovem”. Este processo permitiu que em conjunto se chegasse a um consenso, sendo aprovado a sua impressão e distribuição nas consultas de enfermagem, pela sua qualidade e abrangência de conteúdo. Foi também incluído uma referência e contacto do “Aparece-Saúde Jovem”, uma vez que é um local de referência com profissionais disponíveis que poderão esclarecer as adolescentes de possíveis dúvidas.

Seguem-se os folhetos informativos elaborados, primeiramente o folheto sobre a *pílula* e depois o folheto sobre os desconfortos na gravidez.

A PÍLULA



**A protecção
está na tua
mão!**

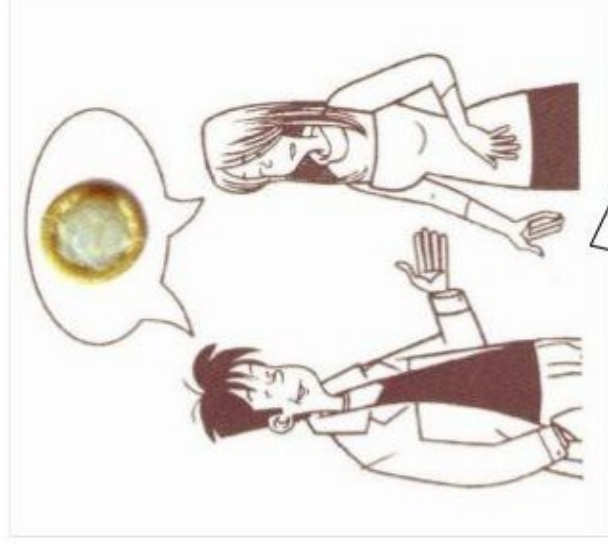


A Equipa do
aparece
saúde jovem

Rua Buenos Aires, n.º 27, R/c Dto
1200, Lapa, Lisboa

Telefone: 213932470
(das 10h-20h)

Realizado por: Maria João Ferreira Caeiro
(Estudante do Mestrado em Enfermagem e
Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediátrica - ESEL)
2012



ATENÇÃO!
USA PRESERVATIVO.
SEMPRE!!!! ESTE É O
ÚNICO MÉTODO QUE
PROTEGE DAS INFECÇÕES
SEXUALMENTE
TRANSMISSÍVEIS!!!!!!!



O que é a pílula?

É um comprimido constituído por hormonas semelhantes às que o corpo produz, mas que impedem que aconteça uma gravidez. É um método seguro e eficaz, se for tomado correctamente.

Vantagens

- Evita a gravidez;
- Diminui das dores menstruais;
- Regulariza os ciclos menstruais;
- Pode melhorar as borbulhas (acne).

Como tomar a pílula?

Inicia a primeira vez, de preferência, no primeiro dia do período. Todos os dias toma um comprimido à mesma hora, seguindo a orientação do blister.

Faz 21 dias, e 7 DIAS DE PAUSA. RECOMEÇA O NOVO BLISTER AO 8º DIA, mesmo que o período não tenha

acabado. Durante a pausa surge o período.

Se a pílula for de 28 dias, não faz pausa (toma contínua).

Se passar a hora habitual da toma o comprimido:

- Se não ultrapassar 12 horas da hora em que era suposto tomar, mantêm-se protegida.
- Se o atraso for **superior a 12 horas**, não esta protegida, devendo associar sempre o preservativo até ao fim da embalagem.

- Se o esquecimento ocorrer na última semana da embalagem, não fazer nova pausa e reinicie o novo blister sem pausa.

**BASTA ESQUECER UM
COMPRIMIDO PARA PODER
ENGRAVIDAR!!!**

Sugestão: Associe a toma a um hábito regular, como por exemplo, o jantar.

Não está protegida se:

- Tomar a pílula com **atraso superior a 12h** da hora habitual;
- Tomar algum medicamento (avise sempre o médico da toma da pílula);
- Quando há **vómitos** ou **diarreia**, durante as 4 horas após ter tomado o comprimido, deve proceder como se existisse atraso na toma igual ou superior a 12 horas.
- Consumos de álcool, drogas, etc...



Se algum destes desconfortos persistir, contacte com o *Aparece*, para falar com um enfermeiro ou médica de serviço (213932470).



DESCONFORTOS NA GRAVIDEZ



A Equipa do

aparece
saúde jovem

Rua Buenos Aires, n.º 27, R/c Dto
1200, Lapa, Lisboa

Telefone: 213932470
(das 10h-20h)



Realizado por: Maria João Ferreira Caeiro
(Estudante do Mestrado em Enfermagem e
Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediátrica - ESEL)
2012

Porquê?

Com a gravidez o corpo prepara-se para gerar uma nova vida, criando alterações que pode sentir como desconfortáveis.

Damos aqui algumas dicas para que possa ter uma gravidez mais agradável!



Desconfortos mais

comuns:

Como prevenir...

Enjoo e vômitos

- ✳ Tenha uma alimentação saudável;
- ✳ Evite jejum prolongado;
- ✳ Faça refeições mais frequentes e com menor quantidade de alimentos (5 a 6 refeições diárias);
- ✳ Evite chá preto, café, gorduras...
- ✳ Ingira líquidos em pouca quantidade no intervalo das refeições, de preferência água.
- ✳ Evite refeições muito condimentadas;
- ✳ Evite cheiros que podem desencadear o enjoo.
- ✳ Levante-se lentamente e fique uns instantes sentada na cama.

Intestinos Preguiçosos

- ✳ Beba um copo de água morna antes do pequeno-almoço;
- ✳ Faça uma alimentação rica em fibras: cereais integrais, pão integral, fruta crua e legumes.
- ✳ Vá a casa de banho todos os dias após a mesma refeição (horário regular).

Azia

- ✳ Faça refeições pequenas e frequentes;
- ✳ Evite fritos ou alimentos muito condimentados;
- ✳ Levante a cabeceira da cama com almofadas durante o sono.

Estrias

- ✳ Aplique creme gordo (peito, barriga...).

Varizes

- ✳ Nos momentos de pausas, eleve as pernas;
- ✳ Utilize calçado confortável;
- ✳ Se tolerar, utilize *collants* de descanso (elásticas);
- ✳ Durante o banho, massageie as pernas com o chuveiro na água fria, no sentido dos pés para as pernas, em movimentos circulares.

Cáimbras

- ✳ Aumente a ingestão de leite, iogurtes, banana;

Avaliação

Os folhetos apenas foram impressos e finalizados na última semana do estágio. Este facto deveu-se a prioridades relevadas pelo *XIII Curso de Formação do Aparece “Saúde dos Adolescentes – Curso de Atualização”* (Apêndice VIII), o qual absorveu em parte a atenção da equipa para a organização e sucesso do evento. Porém, os folhetos ficaram prontos até ao fim do estágio e as enfermeiras ficaram motivadas para a sua utilização no contexto de consulta. Posteriormente, após o término dos estágios, no fim do mês de Fevereiro, compareci na Unidade e aferi a utilidade dos folhetos nas consultas, bem como a sua utilização, junto da enfermeira presente no momento da visita.

Foi facultado o documento digital dos folhetos em formato “PDF” para que a impressão de mais folhetos fosse possível, permitindo a continuidade da sua utilização.

Contributos para a aquisição de competências de enfermeira especialista em ESCJ (DR, 2011)

A importância de sensibilizar a adolescente para a sua proteção, através da toma correta do contraceptivo hormonal oral e do uso do preservativo contribuirão para que a suas experiências emocionais sejam vividas de forma segura e positiva, através de uma sexualidade responsável e informada. Este aspeto “promove a auto-estima do adolescente e a sua auto-determinação nas escolhas relativas à saúde” (DR, 2011, p. 8655). A par desta competência, saliento a utilização de estratégias motivadoras [do adolescente] para a assunção dos seus papéis em saúde” (DR, 2011, p.8654). Esta competência está também patente no folheto dirigido a adolescente grávida. Esta precisará de suporte e encaminhamento, algo que é realizado na consulta de enfermagem e pela equipa multidisciplinar, relevando a necessidade de trabalhar em parceria com outros profissionais e de encaminhar em caso de cuidados especializados (DR, 2011). Toda esta importância se reveste previamente de avaliação de cada adolescente grávida, a sua “estrutura e contexto do sistema familiar” (DR, 2011, p. 8654) que possa responder às suas necessidades.

Referências Bibliográficas

Diogo, P. (2012). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica, Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. Loures: Lusociência.

Enfermeiros, O. d. (2007). Resumo Mínimo de Dados e Core de Indicadores de Enfermagem para o Repositório de Dados de Saúde. (O. d. Enfermeiros, Ed.) Lisboa. Recuperado em 5 de Outubro de 2012, de <http://www.ordemenfermeiros.pt/documentosoficiais/Paginas/SIE.aspx>

Enfermeiros, O. d. (2009, Dezembro). *Sistema de Individualização das especialidades clínicas em enfermagem- perfil de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista*. (O. d. Enfermeiros, Ed.) Lisboa.

Hockenberry, M.; Wilson, D. & Winkelstein, M. (2006). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (7.^a Edição). Rio de Janeiro: Elsevier.

Saúde, D.-G. d. (n.d.). *Programa Nacional de Saúde Reprodutiva*. acedido a 13 de outubro de 2012 em <http://www.saudereprodutiva.dgs.pt/>.

Opperman, S. & Cassandra, K. (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Loures: Lusociência.

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República n.º 35 – II Série*. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República n.º 35 – II Série*. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde da Criança e do Jovem. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Saúde, D.-G. d. (2007). *A Gravidez da Adolescente*. (2.^a Edição ed.). (D.-G. d. Saúde, Ed.) Lisboa.

Saúde, D.-G. d. (2008). *Saúde Reprodutiva Planeamento Familiar*. (D.-G. d. Saúde, Ed.) Lisboa.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar, Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Apêndice XI

Atividade Poster “Os Jovens e os Afetos”



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

**Unidade Curricular:
Estágio com Relatório**

Atividade Poster “Os Jovens e os Afetos...”

**Estágio na Unidade de Cuidados de Saúde
Personalizados**

**Estágio na Unidade de Adolescentes do
Hospital D. Estefânia - CHLC**

Docente:
Prof.ª Paula Diogo

Discente:
Maria João Caeiro Nº4002

Lisboa
2012 – 2013

Contextualização

A valência de Planejamento Familiar na UCSP onde realizei estágio atende frequentemente adolescentes. Estes recorrem à Unidade por diferentes motivos, seja pela procura de contraceção, pelo esclarecimento de dúvidas ou por consulta previamente marcada, de vigilância de saúde. Particularmente a consulta de enfermagem de planejamento familiar é realizada no horário útil da unidade, já descrito no Apêndice I. A enfermeira que a realiza as consultas tem uma larga experiência na área do Planejamento Familiar e Saúde Materna, sendo esta Especialista em Enfermagem de Saúde Materna e Obstetrícia. É também sensível às necessidades dos adolescentes, procurando estar atualizada sobre as temáticas inerentes a estas faixas etárias, e desenvolve diferentes sessões de educação para a saúde nas escolas da área de abrangência da UCSP, trabalhando de perto com alguns professores, marcando intervenções junto das turmas, nomeadamente do 2º e 3º ciclo. Curiosamente a solicitação desta intervenções pode partir dos professores, mas algumas vezes também surge da parte dos estudantes. Durante as intervenções nas escolas, a enfermeira reforça a sua disponibilidade na UCSP, local onde os adolescentes a poderão encontrar e colocar as suas dúvidas, garantindo a confidencialidade e privacidade que o adolescente procura. Neste sentido, a sala de espera é um local onde os adolescentes aguardam pelo atendimento, e por este motivo pareceu-me ser o local ideal para afixação do poster, sugestão que também teve aval positivo da equipa de enfermagem.

Na Unidade de Adolescentes a faixa etária predominante encontra-se entre os 8 anos e os 18 anos, podendo receber inclusive adolescentes com idade superior ao limite estipulado, quando por algum motivo, como uma doença crónica, ainda são seguidos no hospital e não foi ainda dada transferência para um hospital fora das valências pediátricas. Durante a hospitalização nesta unidade e quando lhe é permitido a deslocação pelo serviço, sem necessidade de isolamento, é habitual os adolescentes passarem grande parte do seu tempo na sala de atividades, também conhecido como “Espaço Jovem”. Este oferece múltiplos elementos que permitem ao adolescente distrair-se e enquadrar-se em diferentes atividades de grupo (consola de jogos, jogos de grupo, convívio entre adolescentes e familiares) e

individuais (leitura, pintar, computador, trabalhos manuais, ver televisão...). Alguns dos individuais também poderão ser adaptados para grupo. A aplicação o poster na sala de atividades surgiu após discussão com a enfermeira chefe e enfermeira orientadora, no sentido de sensibilizar os adolescentes hospitalizados para a importância dos afetos na sua vida.

A importância de sensibilizar os clientes para viver os afetos de forma saudável e consciente justifica o poster proposto, procurando incentivar a reflexão, através de uma mensagem simples e que o tema eventualmente seja desenvolvido no decorrer da consulta, no caso da UCSP ou na procura de esclarecimentos ou uma reflexão conjunta, no caso da hospitalização na Unidade de Adolescentes.

Finalidade / Justificação

O bem-estar dos adolescentes está intrinsecamente relacionado com aspetos relacionados com a sua vida social, nomeadamente o grupo de amigos, como sentimento de pertença que desenvolvem e com a necessidade estar vinculados a outras pessoas com quem se identificam (Cordeiro, 2009; Papalia *et al.*, 2009; Helseth & Misvær, 2010). As relações familiares estáveis e que transmitem confiança e segurança tomam também um enfoque predominante na qualidade de vida dos adolescentes (Helseth & Misvær, 2010), sendo uma importante “contribuição (...) [para] os domínios cognitivo e emocional” (Papalia *et al.*, 2009). A escola é também uma aspeto essencial na vida dos adolescentes. Apesar de nem sempre ser bem vista, a maioria dos adolescentes encontra no meio escolar uma “experiência organizadora (...) na vida da maioria dos adolescentes [oferecendo] oportunidades de adquirir informações, dominar novas habilidades e aperfeiçoar antigas; participar em atividades desportivas, artísticas (...) explorar escolhas vocacionais e estar com amigos” (Papalia *et al.*, 2009). Toda esta experiência permite a estruturação do pensamento, procurando uma “vocação ou carreira e fazem planos para o futuro (...) [debatendo] questões [que lhes permite] fazer planos para o futuro” (Opperman & Cassandra, 2001, p.180). Esta capacidade é proporcionada pelo desenvolvimento cognitivo e a “capacidade para pensar de forma abstrata” (Opperman & Cassandra,

2001, p.180), de acordo com Piaget.

A importância das atividades supracitadas determina também a possibilidade de escolhas face às experiências vividas, e se o adolescente se identifica com estas, desenvolvendo a sua identidade (Opperman & Cassandra, 2001). Erikson estudou a identidade nos adolescentes, e que segundo este autor, é adquirida através da resolução de “três questões principais: a escolha de uma *ocupação*, a adoção de *valores* nos quais se basear e o desenvolvimento de uma identidade *sexual satisfatória*.” (Papalia *et al.*, 2009, p. 469). A adolescência é marcada também pelos relacionamentos amorosos, como “parte importante do mundo social dos adolescentes (...) [contribuindo] para o desenvolvimento da intimidade e da identidade” (Papalia *et al.*, 2009, p. 489). Os valores adquiridos influenciam a auto-estima do adolescente, sendo esta definida pela forma como o adolescente aceita quem é, valorizando as suas ações e se orgulha de si (Cordeiro, 2009). A auto-estima é então dependente não só das alterações físicas, mas também o grupo de amigos ao qual é associado o sentimento de pertença. As próprias relações familiares já acima mencionadas e a própria escola, o ambiente e oportunidades que esta oferece poderão ter um efeito preponderante na auto-estima do adolescente. (Cordeiro, 2009; Helseth & Misvær, 2010). Existem também fatores que são considerados positivos, ou protetores para que a adolescência seja vivida de forma harmoniosa. Entre estes salienta-se a família, grupo social, a escola e a comunidade em que cada adolescente se insere, contribuindo para o seu fortalecimento ou fragilidade emocional (Matos *et al.*, 2010).

A importância de enquadrar tópicos que captam a atenção do adolescente, com os quais estes se identificam, é essencial para lançar a reflexão sobre uma vivência saudável, responsável e informada deste período da sua vida. Neste sentido, os afetos enquadram-se na mensagem a transmitir, considerando que se existe aspetos da sua vida que trazem emoções de tonalidade positiva, e que lhes são agradáveis. A associação aos afetos surge devido à importância que as emoções tomam neste período, e como estes afetam a tomada de decisão, onde o sentimento é sobreposto à razão, levando-o a correr riscos e a sobrevalorizar as consequências destes (Papalia *et al.*, 2009). Não só a vivência de uma sexualidade segura, mas também a

importância do respeito por si e pelos outros, recusando qualquer forma de violência, ligado à própria auto-estima, temas já explorados acima, justifica a sua abordagem no Poster. Desta forma, um conjunto de tópicos que reúnem fatores protetores poderão contribuir para uma reflexão direcionada e fundamentada, que procura “contribuir para uma experiência positiva, dando armas e ferramentas para que [os adolescentes] consigam sair [ou evitar] (...) o sofrimento [e a potencial vivência de experiências de tonalidade negativa]” (Diogo, 2012, p. 131). A intervenção do enfermeiro reveste-se também da importância do trabalho emocional, como elemento que está consciente das “experiências emocionais de tonalidade negativa que dão significado ao sofrimento (...) [e por este motivo sabem] que os clientes conseguem lidar melhor com isso se forem ajudados” (Diogo, 2012, p.131). Este Poster é apenas um incentivo à reflexão, e por isso também direciona para a equipa de enfermagem como elemento disponível para acolher o cliente, permitindo a este que expresse as suas emoções, tal como apoiar e encaminhar, face a cada situação específica (Benner, 2001). Esta disponibilidade é um pré-requisito essencial para estabelecer a relação e comunicação com o adolescente (OE, 2010) e promove a “a oportunidade de decidir como estar na relação [entre adolescente e enfermeiro], (...) [ampliando] os limites de abertura e tem a capacidade de expandir as potencialidades humanas” (Watson, 2002, p. 105).

Planeamento e Execução

Elaborei um Poster com base na fundamentação teórica já acima explorada, e também no Painel Temático elaborado no estágio na Unidade Funcional de Atendimento a Adolescentes “Aparece-Saúde Jovem” (Apêndice IX). Procurei simplificar a informação, de forma a captar a atenção dos adolescentes, através de uma linguagem também ela simples (OE, 2010). As imagens de fundo e ilustrações utilizadas procuram chamar à atenção dos adolescentes, com uma linguagem simples, relacionada com o tema. A equipa de enfermagem da UCSP teve um papel fundamental, uma vez que as alterações a que o Poster foi sujeito ao longo da sua elaboração foram realizadas em conjunto, conseguindo-se igualmente uma mensagem direcionada e adequada à população da UCSP. Também da minha

experiência enquanto enfermeira que cuida de adolescentes no seu quotidiano, teve um papel importante, na organização do Poster e na redação do mesmo, conhecendo de perto os aspetos importantes na vida do adolescente (amigos, decidir o seu futuro, escola...) e confirmada através da bibliografia consultada. A escolha do termo “Jovens” ao invés de “Adolescentes” foi determinado pela sonoridade do título, que me pareceu adequada com o termo escolhido, desejando que este cativasse quem o ler. Esta escolha foi também aceite pela equipa de enfermagem, durante a elaboração do Poster. Porém, não ficou ausente o rigor da terminologia escolhida para o trabalho, justificado no enquadramento teórico.

Após a elaboração do poster, este foi impresso o poster em folha A3, com dimensões de 118,5cm X 84 cm, formato que possibilitava enquadrar o poster na moldura presente à entrada do gabinete de Enfermagem de Planeamento Familiar, na sala de espera. Esta moldura existe para colocação de pósteres. A imagem 4 e 5 mostra o trabalho final exposto, em local visível para quase toda a sala de espera, no sentido de ser visível e de fácil leitura para quem espera consulta. As fotografias aqui apresentadas foram autorizadas pela enfermeira orientadora, a enfermeira responsável pelo Planeamento Familiar e enfermeira chefe da UCSP.

Imagem 4. Painel temático na sala de espera da UCSP.



Imagem 5. Panorâmica da Sala de Espera na UCSP.



Na Unidade de Adolescentes a aplicação do poster foi também precedido de uma impressão do poster em dimensões idênticas ao acima descrito. Não existindo moldura para enquadrar o poster, este foi colocado na parede da sala de atividades através de adesivo. Foi pensado o local mais apelativo da sala, de acordo com a disposição dos móveis e outros pósteres existentes na sala, pelo que foi colocado na parede, junto do móvel da televisão, em cima da mesa que apoia a consola de jogos, conforme demonstra a imagem 5 e 6.

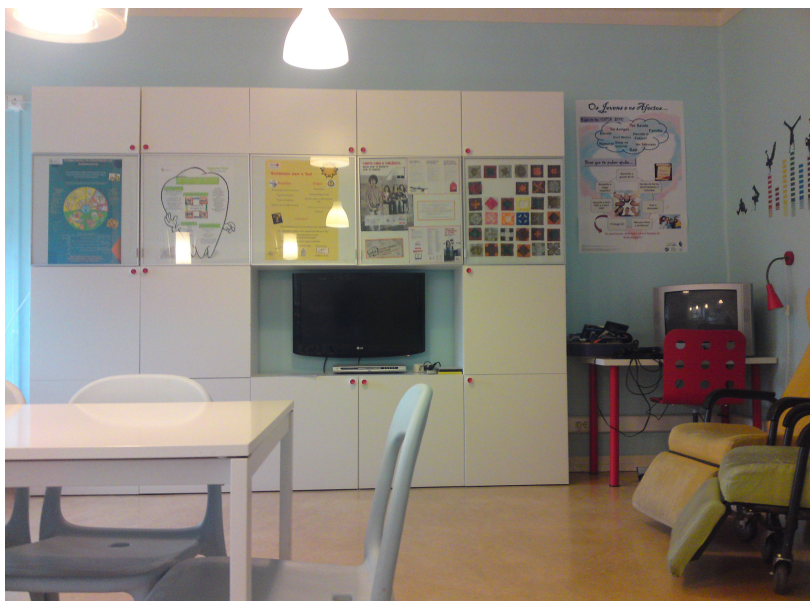


Imagem 6. Sala de atividades, Unidade de Adolescentes – HDE.

Imagem 7. Detalhe do poster na sala de atividades, Unidade de Adolescentes.

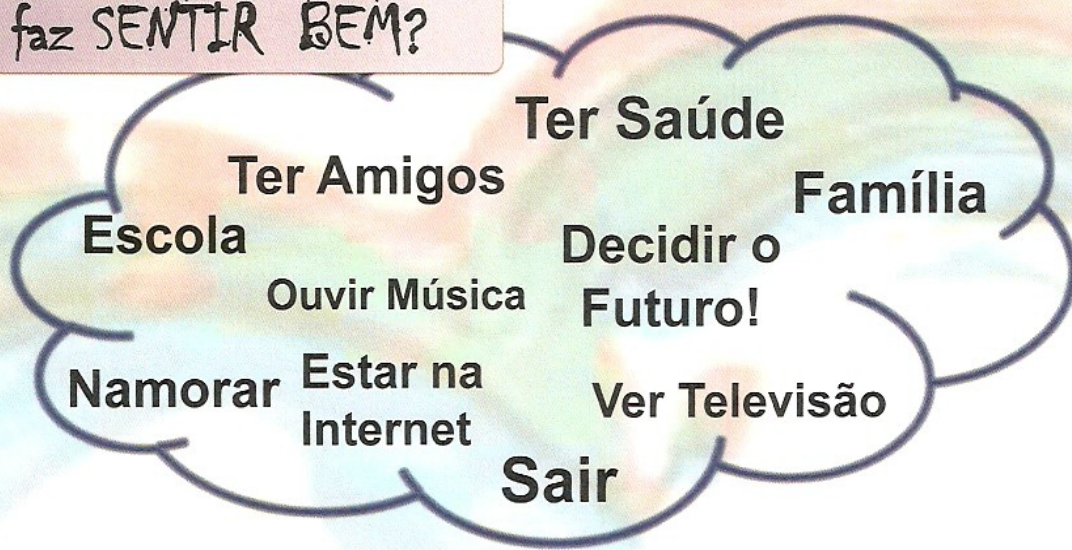


Neste poster aplicado na Unidade de Adolescentes foi necessário realizar algumas alterações, nomeadamente a frase final, que na UCSP direciona para a equipa de enfermagem do Centro de Saúde, e na Unidade de Adolescentes encaminha para a equipa de enfermagem (ver pósteres de cada um dos locais, de seguida). Também uma das imagens foi mudada, por parecer mais adequada à temática dos adolescentes. Importa salientar que a afixação do poster na Unidade de Adolescentes foi possível após o aval positivo da equipa de enfermagem da UCSP e respetiva chefia, uma vez que tiveram um papel importante na elaboração do mesmo, mantendo a referência a esta equipa no poster afixado na Unidade de Adolescentes. As fotografias apresentadas foram autorizadas pela enfermeira chefe da Unidade de Adolescentes.

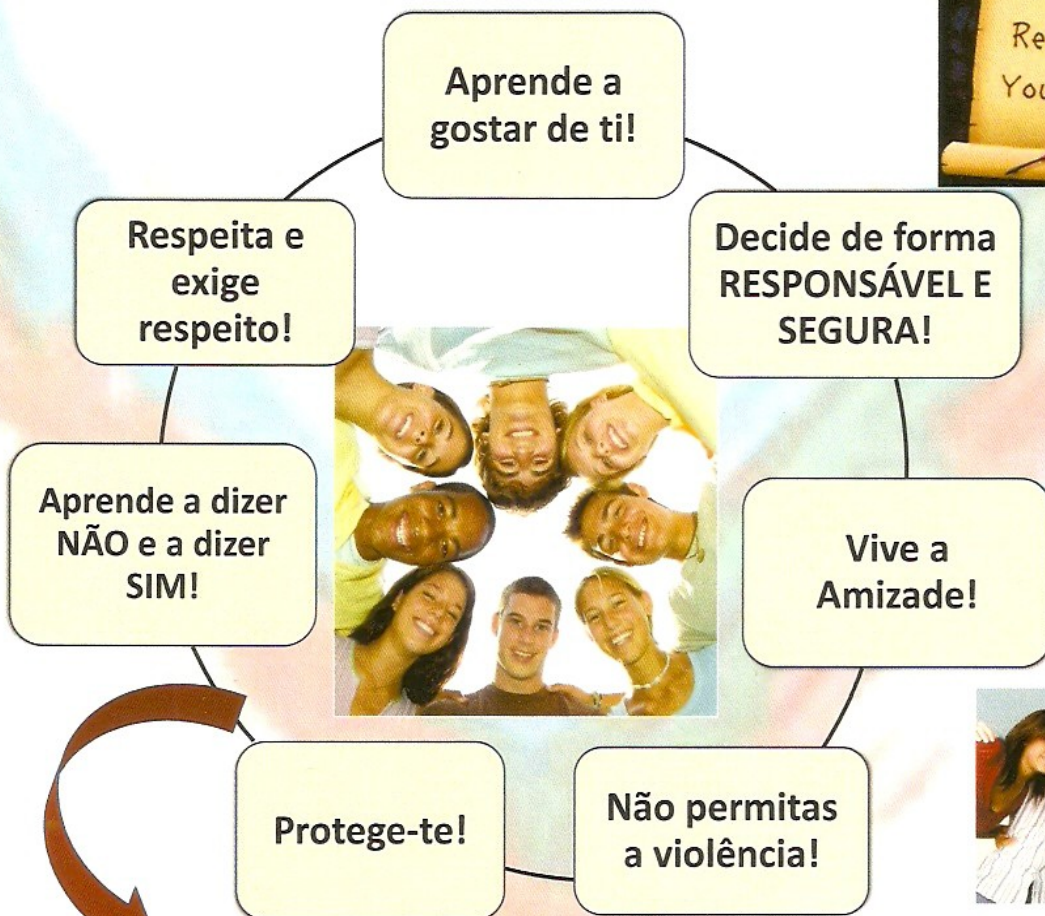
Seguem-se os pósteres colocados em cada contexto, primeiramente o Poster afixado na UCSP e de seguida o Poster colocado na Unidade de Adolescentes.

Os Jovens e os Afectos...

O que te faz SENTIR BEM?



Dicas que te podem ajudar...



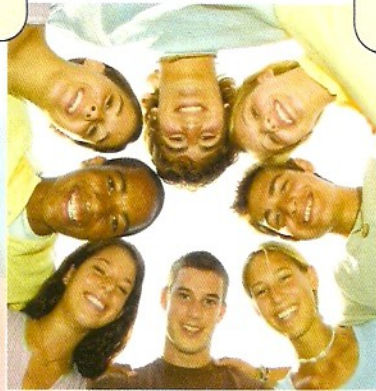
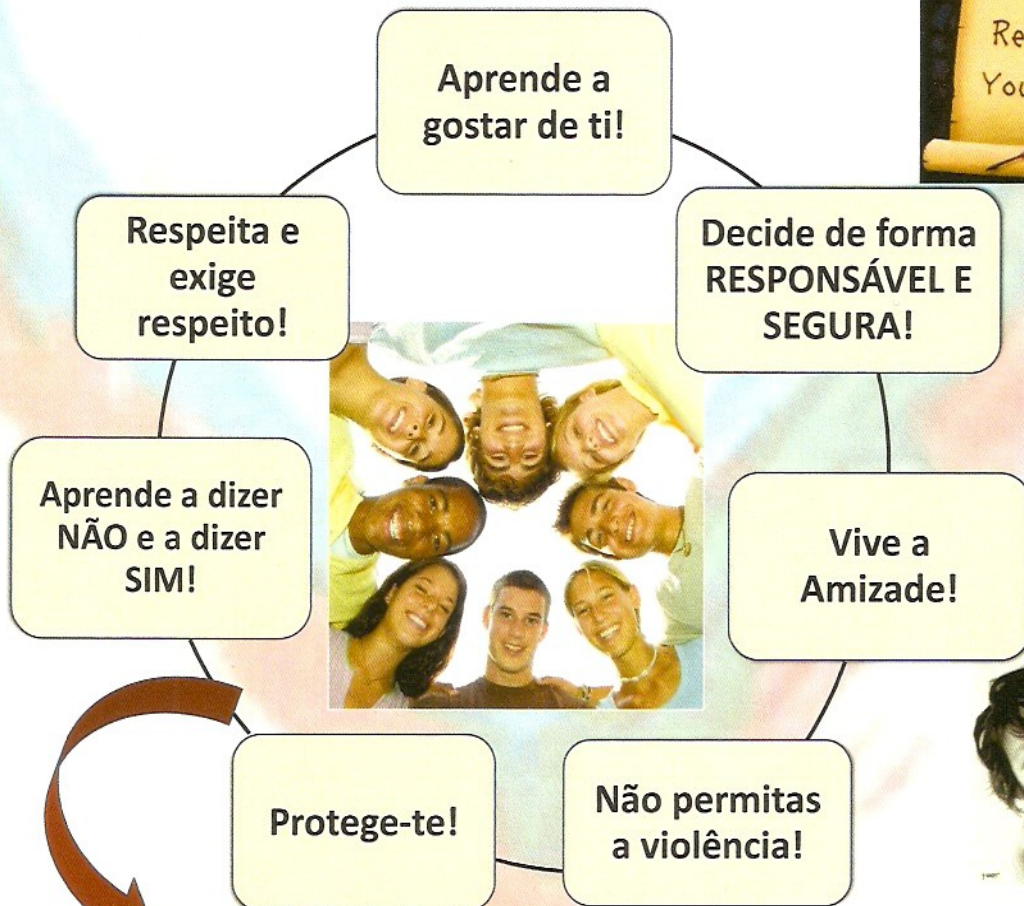
Se precisares, vem falar com a Equipa de Enfermagem!

Os Jovens e os Afectos...

O que te faz SENTIR BEM?



Dicas que te podem ajudar...



Se precisares, vai ao Centro de Saúde falar com a Equipa de Enfermagem!

Avaliação

Na UCSP, após discussão com a equipa de enfermagem, considerou-se pertinente não colocar questionários de avaliação junto do Poster, devido à irregularidade de adolescentes que poderão comparecer na consulta, bem como a eventual fraca adesão de resposta a este mesmo questionário. O *feedback* recebido durante a exposição do poster, pelos profissionais e por alguns clientes da UCSP foi bastante positivo, por estar apelativo, simples e direcionado para aspetos considerados importantes na adolescência.

Desta atividade procurei articular com a saúde escolar, desejando que esta sensibilização chegasse ao máximo número possível de adolescentes, e, se possível, trabalhar os aspetos associados aos afetos com um grupo de adolescentes. Esta possibilidade surgiu após discussão com a enfermeira responsável do Planeamento Familiar, que articulou com as escolas onde habitualmente intervinha com sessões de educação e onde o trabalho com alguns docentes é harmonioso e produtivo, da sua experiência. Desta articulação um Poster foi já afixado numa das escolas, após contacto entre enfermeira e uma docente que se interessou pelo tema. Porém, por indisponibilidade de agenda e horários incompatíveis por parte de ambos os intervenientes, esta atividade foi sendo prolongada ao longo do tempo, o que inviabilizou a conclusão da mesma. O planeamento visava ainda uma reunião para definir intervenção, nomeadamente a planificação da sessão com uma turma escolhida (que seria de 11º ano) pedidos de autorização a encarregados de educação, e respetivos questionários de avaliação da sessão. Foi inclusive já elaborado um pequeno questionário de avaliação do poster, a aplicar na sessão (Figura 3), o qual também passou pela avaliação e ponderação da equipa de enfermagem.

Avaliação do painel “Os Jovens e os Afetos”

Após a leitura no painel, agradecemos que nos dê a tua opinião:

- | | | |
|--------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|
| 1. Consideraste este tema importante? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 2. Aprendeste algo novo com a leitura do painel? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 3. Fez-te pensar? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |
| 4. Recorrerias à equipa de enfermagem do Centro de Saúde, se precisares? | Sim <input type="checkbox"/> | Não <input type="checkbox"/> |

5. Sugestões: _____

Obrigado pela colaboração!

A equipa da UCSP e a Enf.^a Maria João Caeiro (Estagiária)

Figura 3. Questionário de avaliação do poster, UCSP.

Na Unidade de Adolescentes o Poster foi aplicado no fim do estágio, o que limitou a avaliação do mesmo. Foi também adaptado o questionário de avaliação deste, com base no acima apresentado, na figura 3, apenas com alterações na questão 4, ficando “Recorrerias à equipa de enfermagem, se precisares?” e nos agradecimentos, figurando “A equipa da Unidade de Adolescentes e a Enf.^a Maria João Caeiro (Estagiária)”. Dos questionários recolhidos (dois), o resultado determinou que para ambos o poster foi importante, apesar de um destes não ter aprendido nada significativo com a leitura deste. A reflexão foi algo que emergiu após lerem o poster, para ambos e um destes adolescentes ponderaria recorrer à equipa de enfermagem se necessitasse de retirar dúvidas ou refletir sobre a temática. As sugestões abarcam sobretudo agradecimentos sobre os cuidados e a importância do apoio, que se espelha nos cuidados nutridos com afeto, o

envolvimento e a empatia emocional (Watson, 2002; Morse *et al.*, 2006; Diogo, 2012), que proporcionam o bem-estar dos clientes, e o qual estes agradecem.

Por lapso, não foi aplicado o acordo ortográfico na elaboração do Poster.

Contributos para a aquisição de competências de enfermeira especialista em ESCJ (DR, 2011)

Esta atividade procura sensibilizar os adolescentes através da reflexão sobre temas do seu interesse, promovendo uma responsabilização sobre os estilos de vida adotados, promovendo “a auto-estima do adolescente e a sua auto-determinação nas suas escolhas relativas à saúde” (DR, 2011, p.8655). A elaboração do Poster foi um desafio, pela adequação e simplificação da linguagem, de forma a que seja perceptível e cativante, o que permitiu trabalhar competências na área da comunicação, enquadrado na “comunicação com [o adolescente] (...) de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento [desejando que este poster] facilite a comunicação expressiva de emoções” (DR, 2011, p. 8655). Importa também associar esta atividade ao objetivo proposto de desenvolver estratégias e intervenções terapêuticas promotoras de experiências emocionais positivas no adolescente, “reforçando a tomada de decisão responsável [negociando o] (...) contrato de saúde com o adolescente” (DR, 2011, p. 8655).

Toda a informação associada ao Poster procura “melhorar a informação para o processo de cuidar, os diagnósticos, a variedade de soluções eficazes a prescrever e a avaliação do processo de cuidar” (DR, 2011, p. 8652). Ao procurar informar o cliente, este poderá ficar mais desperto para a necessidade de cuidados, funcionando como alavanca para o estabelecimento de uma relação de confiança na equipa, nomeadamente nos enfermeiros, que é o primeiro profissional de saúde a atender o adolescente. Esta competência espelha-se na procura sistemática de “oportunidades para trabalhar com a família e (...) jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde” (DR, 2011, p. 8654).

Referências Bibliográficas

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito, Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. (Vol. N.º 3). Coimbra: Quarteto Editora.

Cordeiro, M. (2009). *O Grande Livro do Adolescente*. Lisboa: A Esfera dos Livros.

Diogo, P. (2012). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica, Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. Loures: Lusociência.

Enfermeiros, O. d. (2009, Dezembro). *Sistema de Individualização das especialidades clínicas em enfermagem- perfil de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista*. (O. d. Enfermeiros, Ed.) Lisboa.

Enfermeiros, O. d. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* (Série I, N.º3, Vol. 1). (O. d. Enfermeiros, Ed.) Lisboa.

Helseth, S. & Misvær, N. (2010). Adolescents' perceptions of quality of life: what it is and what matters. *Journal of Clinical Nursing*. 19, 1454-1461.

Matos, M., Simões C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Ramiro, L., *et al.* (2010). *Aventura Social & Saúde: A Saúde dos Adolescentes Portugueses, Relatório do Estudo HBSC 2010*. Lisboa: Aventura Social e Saúde.

Morse, J. M.; Bottorff, J.; Anderson, G.; O'Brien, B. & Solberg, S. (2006). Beyond Empathy: Expanding Expressions of Caring. *Journal of Advanced Nursing Compliation*. 30th Aniversary Issue, Blackwell Publishing Ltd., pp. 75-87;

Opperman, S. & Cassandra, K. (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Loures: Lusociência.

Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (2009). *O Mundo da Criança, da Infância à Adolescência* (11.ª Edição). São Paulo: McGraw-Hill.

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República n.º 35 – II Série*. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República n.º 35 – II Série*. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde da Criança e do Jovem. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Sprinthall, N. & Collins, W. (2011). *Psicologia do Adolescente, Uma Abordagem Desenvolvimentista* (5.ª Edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar, Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Apêndice XII

Documento “Avaliação do Crescimento e Desenvolvimento Infantil e Juvenil”



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

**Unidade Curricular:
Estágio com Relatório**

Avaliação do Crescimento e Desenvolvimento Infantil e Juvenil

**Estágio na Unidade de Cuidados de Saúde
Personalizados [UCSP]**

Docente:

Prof.^a Paula Diogo

Discente:

Maria João Caeiro N^o4002

Lisboa
Novembro 2012

NOTA INTRODUTÓRIA

O presente documento pretende espelhar a atividade desenvolvida durante o estágio na UCSP, relacionada com a necessidade de desenvolver competências na avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil e juvenil. O estágio em cuidados de saúde primários constituiu uma oportunidade de aprendizagem única, na possibilidade de acompanhar e colaborar nas consultas de saúde infantil, onde a avaliação do crescimento e desenvolvimento é uma realidade. Apesar das inúmeras experiências vividas no contexto da consulta de saúde infantil, não analisarei neste documento todas as experiências e intervenções realizadas, mas sim aquelas que a meu ver foram promotoras de uma análise fundamentada e rica, tradutora de aprendizagem. Porém, não desvinculo todas as outras experiências de um crescimento profissional e académico desejado.

Importa definir que a avaliação do desenvolvimento é realizada na UCSP com base na escala de avaliação do desenvolvimento de *Mary Sheridan* (adaptada), razão pela qual me guiarei por esta. Porém, durante a pesquisa bibliográfica senti alguma dificuldade em encontrar fundamentação teórica sobre esta escala de avaliação. O Guia Orientador de Boas Práticas da Ordem dos Enfermeiros (OE, 2010a), aborda a promoção do desenvolvimento infantil na criança dos 0 aos 5 anos, com parâmetros de avaliação e tópicos muito idênticos aos utilizados na UCSP e à própria escala de avaliação supracitada, e por este motivo basear-me-ei neste documento para sustentar as intervenções de enfermagem, para além de outras referências na área. Destaco também a importância de documentos como o Boletim de Saúde Infantil e Juvenil [BSIJ] (2007) e o Programa-Tipo de Atuação de Saúde Infantil e Juvenil (2005) como estruturantes na atuação do enfermeiro, pelas *guidelines* lançadas pela Direção Geral de Saúde [DGS] sobre a avaliação do crescimento e desenvolvimento. Não será de esquecer que estes documentos estão a passar por uma reestruturação, sendo do meu conhecimento que brevemente existirá novo documento que substituirá o *Programa-Tipo de Atuação de Saúde Infantil e Juvenil*, o qual se encontra atualmente em discussão. Este novo documento é bastante explícito sobre a avaliação do desenvolvimento, o qual se baseia precisamente na

escala de avaliação do desenvolvimento de *Mary Sheridan* (modificada). Outra perspectiva que será enquadrada no novo Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil é a importância da componente emocional na avaliação preconizada.

Mobilizar conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil foi importante, na minha perspectiva, uma vez que contacto frequentemente com adolescentes acima dos 8 anos de idade, e a minha experiência com crianças com idade inferior a 8 anos foi durante dois anos e meio na Unidade de Infeciologia do Hospital D. Estefânia. Porém, estou consciente que este trabalho seria merecedor de continuação desenvolvimento e investimento nesta área dos cuidados. Considero que os cuidados de saúde primários são uma área onde a intervenção de enfermagem junto da criança e seus cuidadores é essencial, pelo que as aprendizagens adquiridas durante estes estágio espelham a riqueza dos cuidados observados e prestados, contribuindo para o meu crescimento académico e profissional, nomeadamente no enfoque dado à promoção de saúde e avaliação do crescimento infantil e juvenil.

A Primeira Consulta, na primeira semana de vida

A UCSP recebe diariamente notícias de nascimento de maternidades da área de abrangência, de clientes que pariram. Nas notícias de nascimento figura informação sobre o recém-nascido e sua mãe. Deste documento é extraída informação relevante para uma “folha interna de articulação com a notícia de nascimento”, em que são transcritas informações como a data da receção da notícia, o local de parto, nome da mãe e do recém-nascido, o género do bebé e a data de nascimento. São também aferidas a morada e o primeiro contacto realizado, se foi efetuado pela unidade ou pela cliente (mãe ou pai do recém-nascido), no qual são confirmados os dados existentes na notícia de nascimento. Neste contacto é marcado o teste de diagnóstico precoce, (no caso de este não ter sido realizado na maternidade), e confirmado se havia realizado as vacinas recomendadas pela DGS, preconizando que seja administrada ao nascimento a vacina da BCG e a primeira dose na vacina Anti-Hepatite B. O teste de diagnóstico precoce, conhecido como o “*teste do pezinho*”, é realizado entre o 4º e 7º dia de vida e procura rastrear duas doenças metabólicas – hipotiroidismo e fenilcetonúria - informação que se encontra presente no BSIJ (2007). Porém, este teste, de acordo com <http://www.diagnosticoprecoce.org/doencasrastreadas.htm>, abrange um número superior de doenças rastreadas, associadas a alterações metabólicas, para além do hipotiroidismo. O site supracitado é uma referência importante, uma vez que é através dele que após a realização do teste, os pais ficam com um destacável que se encontra no cartão de recolha do sangue, e através desse código podem ter acesso ao resultado *on-line*. No entanto, se o resultado for positivo para alguma das doenças rastreadas, o instituto responsável pelo rastreio entra em contacto com os pais ou cuidadores. O site disponibiliza também bastante informação direcionada para estes, acerca do teste, e que na consulta de saúde infantil a enfermeira incentiva os pais/cuidadores a lerem.

A consulta que descrevo foi realizada a um recém-nascido do género masculino, tendo sido marcada através de contacto telefónico, com os pais. O acolhimento na consulta iniciou-se com as felicitações pelo nascimento do D. aos pais, o que lhes agradou visivelmente, permitindo que se estabelecesse um ambiente seguro e

afetuoso (Diogo, 2012), através do cumprimento que espelha a sensibilidade para a vertente emocional dos cuidados, permitindo uma aproximação entre os intervenientes e promovendo o ambiente familiar. Os pais foram convidados a sentarem-se. O D. era transportado num sistema de retenção para crianças, vulgarmente conhecido como “ovo”, com os cintos de segurança corretamente ajustados. Foi explicado a necessidade de realizar algumas questões para conhecer melhor o D. e alguns cuidados a que foi sujeito após o nascimento. Algumas questões estavam relacionadas com o complemento da folha de articulação da notícia de nascimento, nomeadamente as vacinas (já acima citadas) e que o D. havia feito na maternidade. Para além do preenchimento da folha de articulação da notícia de nascimento, foi também preenchido alguns campos do BSIJ (2007), que já o acompanhava desde a maternidade, como é habitual, com alguns dados já preenchidos (identificação, informações sobre a gestação e período neonatal, bem como a data das vacinas já administradas) e no qual a enfermeira deverá verificar se está corretamente preenchido e confirmar dados com pais e notícia de nascimento.

Existe um espaço de partilha e informação entre enfermeira e pais, onde são reforçados os cuidados relativamente aos acidentes, sendo frisado a importância de transportar corretamente o D. no sistema de retenção para crianças, com o cinto corretamente ajustado, e não esquecer o bebé em cima de alguma superfície, pelo risco de queda ou outros acidentes. Este ensino é reforçado pela informação disponível no BSIJ (2007) e pelo fornecimento de um folheto da Associação para a Promoção da Segurança Infantil [APSI] que alertam para os perigos no primeiro ano de idade. É também facultado folheto que disponibiliza o número da Linha Telefónica “Saúde 24” como contacto em caso de acidente, dúvida ou de alguma situação relacionada com a saúde do bebé.

Também é abordada a alimentação do recém-nascido. O D. encontra-se a alimentar-se de leite materno exclusivo. De acordo como esta informação, foi explorado o horário de cada período de amamentação. O D. acorda sensivelmente de 3 em 3 horas, apesar de por vezes a mãe precisar de o acordar quando ultrapassa este período. De facto, é preconizado que no primeiro mês de vida não deverá ser ultrapassado este período (Levy & Bértolo, 2008), o que foi valorizado pela

enfermeira. Foi aferida também a pega da boca do bebé à mama e se esta é esvaziada, bem como se existem sinais de inflamação ou tumefações. A mãe confirmou que a mama encontrava-se sem sinais inflamatórios e o bebé abocanhava o mamilo, verificando que o lábio inferior tocava no queixo. A informação sobre o aleitamento materno, bem como cuidados à mama são também abordados na consulta de enfermagem de Saúde Materna, onde muita da informação fornecida é com base no Manual do Aleitamento Materno (Levy & Bértolo, 2008). Foi também abordada a eliminação intestinal do bebé, que habitualmente evacua a cada período de aleitamento, e ainda não apresentou, segundo a mãe, queixas relacionadas com cólicas.

É então encaminhado o bebé para a marquesa, para avaliação estado-ponderal. É solicitada a colaboração dos pais para retirarem o bebé do sistema de retenção para crianças, e que removessem a roupa do D., para avaliação do peso. Durante o momento em que os pais interagem com o recém-nascido, a observação da relação entre os diferentes membros é importante. A importância dos afetos no desenvolvimento é fulcral, influenciando “o seu desenvolvimento (...) [uma vez que] aquilo que a criança mais precisa (...) é sentir-se amada. Em segundo lugar, necessita de alguém que imponha limites à sua vontade e, ao mesmo tempo, a faça sentir protegida e segura” (OE, 2010a, p.88). Da observação entre os pais e o D. é notório o afeto no toque, ao pegar no bebé, com carinho e suavidade, inclusive dando beijinhos quando o contacto facial se proporcionava, uma vez que o D. chorou um pouco quando o desembrulharam da manta que o cobria, o que levou a mãe e pai a consolá-lo (a mãe abraçou-o e o pai afagou-lhe os cabelos). Reforço este aspeto por ser essencial expressões de afeto, sendo “fundamental que os peguem [os bebés] ao colo, sintam o prazer de os acarinhar, (...), de envolver num abraço, de sentir-se como parte dele e interagir uma cumplicidade afetiva que respeita a iniciativa, o ritmo e as suas diferenças” (OE, 2010a, p. 89). Esta vertente afetiva está também intimamente ligada à promoção da parentalidade, integradora do bebé na família, nutrindo o carinho e sentimento de pertença por este novo elemento, bem como é organizador das responsabilidades dos pais como cuidadores, educadores e promotores do desenvolvimento harmonioso da criança. A vinculação do bebé aos pais, especialmente à mãe é também um elemento

importante no desenvolvimento, acalmando-se na presença dos pais e a segurança que estes lhe incute permite explorar o ambiente que o rodeia. Da mesma forma, os comportamentos do bebé não são indiferentes aos pais, procurando responder às necessidades do bebé de forma carinhosa, mostrando disponibilidade (Cepêda *et al.*, 2005; Hockenberry *et al.*, 2006). Como enfermeira, a avaliação da interação familiar e incentivo à parentalidade deverão constituir uma prioridade, bem como estar alerta para situações que constituam risco para o desenvolvimento da criança, como seja o inverso do que foi descrito acima, não existindo “contacto físico, (...) [interesse e] carinho, transmite a noção à criança que não é querida nem digna de ser amada” (OE, 2010a, p. 127). A posição *face a face* é especialmente propiciadora do estabelecimento dos laços afetivos, e também uma forma importante de tornar estimulante o ambiente do lactente, uma vez que este se interessa muito pela face e a voz humana (Hockenberry *et al.*, 2006).

A observação física envolve a avaliação cefalo-caudal do D.. A nível cefálico as fontanelas anterior e posterior encontravam-se normotensas (Hockenberry *et al.*, 2006), com o bebé tranquilo, e o perímetro cefálico encontrava-se no presentil 25, com 33cm. Uma vez deitado na maca, com papel impermeável a proteger esta, permitiu a observação a pele, que se encontrava-se limpa e íntegra, com mucosas coradas e hidratadas olhos limpos e com pele rosada, pregas cutâneas simétricas nos membros inferiores. Foi também observado o coto umbilical, que estava sem sinais inflamatórios circundantes e sem exsudado. Foi validado com a mãe a forma como estava a ser desinfetado, cuidado que já vinha a ser realizado desde a maternidade. Este é então desinfetado com compressa embebida em álcool a 70°, a cada muda de fralda. Foi reforçada a importância de também dobrar a fralda junto do coto umbilical de forma a deixar este livre, prevenindo a formação de humidade e possível irritação ou infeção do local (Hockenberry *et al.*, 2006). É habitual a queda do coto entre o 10 a 14.º dia de vida, porém, importa continuar a desinfetar a região umbilical até que este cicatrize totalmente, com álcool a 70° (Hockenberry *et al.*, 2006).

Foi avaliado o peso com balança horizontal, onde foi colocado papel impermeável. Verificou-se decréscimo ligeiro de peso, situação que trouxe à mãe alguma

preocupação, questionando a riqueza nutricional do seu leite. Foi explicado que é habitual o bebé perder algum peso à após nascer, informação que foi reforçada pela descrição feita no BSIJ (2007). Este acontecimento deve-se à perda de líquidos corporais, uma vez que ao nascer existe um excesso de líquido extracelular, e que a perda de água após nascer causa a diminuição de peso em diferença ao peso ao nascer (Hockenberry *et al.*, 2006). Foi reforçada a importância do leite materno, e que com a continuação do crescimento e avaliação durante as consultas seguintes, a par com a sua curva de percentil, era esperado que recuperasse peso perdido. Foi também utilizada a craveira horizontal para avaliação da altura, que se encontrava sensivelmente no mesmo valor ao avaliado na maternidade, e todos os valores foram confirmados com a avaliação realizada na maternidade, e os respetivos percentis.

Passou-se à avaliação do desenvolvimento, após vestir o bebé com um *body* e colocação da fralda. Não manter o recém-nascido muito tempo despido é importante, uma vez que este perde calor maioritariamente por evaporação (Hockenberry *et al.*, 2006). As competências avaliadas focam a “motricidade global, visão e manipulação, audição e linguagem, comportamento e adaptação social” (OE, 2010a, p. 115), de acordo com a escala de avaliação de *Mary Sheridan* (adaptada) utilizada na UCSP. No primeiro parâmetro, concordante com a avaliação da motricidade, colocou-se o bebé em decúbito ventral, tendo o cuidado de colocar a sua cabeça de lado e o bebé deverá realizar movimentos de reptação, que se verificou no D.. Neste momento foi salientado o perigo de deixar o bebé numa superfície sem supervisão ou contenção, relevando o risco de queda. Ao virar o bebé e puxá-lo para a posição de sentado, a cabeça para a linha média manter-se-á até à linha média, acabando por cair pelo facto do bebé não ter tónus muscular suficiente para manter o alinhamento da cabeça no mesmo plano do tórax e ombros. Foi testado o reflexo palmar, de preensão de um dedo sobre a palma da mão e o D. apertou, o que é esperado. O mesmo acontece com a preensão da região inferior do pé.

A avaliação da visão e manipulação recorreu-se à caixa com diferentes instrumentos existentes no gabinete de saúde infantil. O D. encontrava-se acordado, uma vez que

a estimulação resultante da avaliação estado-ponderal o despertou. Foi estimulado com um pequeno foco luminoso, o qual o bebê reagiu, mas que também depressa se habituou, não reagindo de forma tão intensa (com movimentos dos membros e face contraída) do que a primeira vez que o estímulo foi realizado. Foi de seguida utilizada uma bola vermelha que colocada a cerca de 20cm da sua face, o D. seguiu. Foi aferido com a mãe a importância deste aspeto, uma vez que a distância entre a mama da mãe e a face desta também são cerca de 20cm, pelo que o período da amamentação é um momento privilegiado para interagir com o D., conversando e cantando suavemente, sendo esta também uma atividade promotora do desenvolvimento (OE, 2010a). De acordo com a mãe, a sucção do bebê é forte e vigorosa, quando este se alimenta do leite materno.

Na maternidade o D. realizou o rastreio auditivo, no qual não foram detetadas alterações. Com uma roca, e promovendo um ambiente silencioso, foi realizado um movimento forte e vigoroso com este instrumento e o bebê reagiu, estremecendo e movimentando os membros inferiores e superiores, com aparente sobressalto, procurando o som com a cabeça. Nos momentos seguintes em que foi realizado o mesmo movimento com a roca, o D. não se mostrou tão sobressaltado. Os pais confirmam que o D. passa grande parte do tempo a dormir, acordado por si para alimentar-se ou quando tem algum desconforto (como por exemplo, ao sentir a fralda suja). Referem ser um bebê calmo que apenas mostra choro forte quando se aproxima a hora da alimentação, o que permite compreender um pouco o temperamento do D., reações que variam consoante as suas necessidades, e a sua adaptação social, mantendo-se desperto durante a alimentação, altura em que a mãe conversa com ele e este está atento, segundo a mãe.

A realização do teste de diagnóstico precoce é então o passo seguinte. O cartão onde é coleccionado o sangue está já preenchido (preenchido ao mesmo tempo que os dados da notícia de nascimento e do BISJ (2007)). Neste cartão existe quatro círculos de cerca de 1,5cm de diâmetro, estando impressos num papel específico, absorvente. É colocado a descoberto o pé do bebê e é solicitado a um dos pais que segure ao colo o bebê, de forma a que este fique na posição vertical, como se estivesse a prepará-lo para eructar após a alimentação, apoiado no ombro. O pai foi

quem pegou no bebê, o qual se aninhou tranquilamente no ombro do cuidador. O pé do bebê estava quente, o que facilita a formação da gota de sangue, em conjunto com a posição vertical. O calcanhar foi desinfetado com álcool, deixando secar este, e com uma lanceta descartável foi picado a face externa do calcanhar. Ao picar o D. chorou, e que despoletou no pai a vontade de o embalar, confortando-o com um abraço. Foi realizada expressão do calcanhar, com saída de gotas de sangue. Não foi fácil o preenchimento completo dos quatro círculos, mas conseguiu-se. O bebê foi tranquilizado, e após o término do procedimento, os pais foram incentivados a dar colo e mimo ao D., que prontamente o fizeram, procurando dar-lhe a segurança e afeto que foi relevado acima, vestindo também o bebê. O cartão foi deixado ao ar durante algum tempo, para secar, uma vez que depois será enviado por correio para o laboratório responsável pelo rastreio. Durante este período, existiu uma breve conversa com os pais, incidindo nos cuidados antecipatórios, explicando sucintamente o que poderão esperar que o bebê comece a fazer, face à evolução no seu desenvolvimento, até à consulta do primeiro mês. É então esperado que o D. em decúbito ventral comesse a apresentar elevação da cabeça por momentos, revelador que o tónus cervical está mais evidente, observável também pela capacidade de quando sentado, consegue segurar a cabeça na linha média. Quando segurado na posição vertical, consegue fazer força com os pés, dobrando joelhos e ancas, e procura endireitar o corpo. A procura de comunicação do bebê com o ambiente que o rodeia começa também a ser mais evidente, passando mais períodos acordado e procurando interação com os pais e o ambiente, emitindo sons guturais que poderão traduzir satisfação e o sorriso social é uma aquisição visível ao 1º mês de idade. (OE, 2010a). Esta intervenção foi do agrado dos pais, que se mostraram expectantes e com desejo de ver esta evolução.

À minha observação os pais mostraram-se carinhosos, e foi valorizado este aspeto, explicando que é essencial para o desenvolvimento harmonioso do D. Incentivou-se o embalo suave, associado a canções calmas, repetindo o nome do bebê. A importância de falar com o bebê, introduzindo-o no quotidiano, explicando o que se está a fazer (vestir, mudar a fralda...). A importância de olhar nos olhos do bebê quando se conversa, especialmente em momentos como a amamentação, ou em períodos em que o bebê está vigil, procurando o contacto físico e visual com este

(dar o polegar para agarrar, abraço, dar colo) e evitar ambientes muito estimulantes são atividades que promovem o desenvolvimento (OE, 2010a). Os brinquedos poderão ser animados e coloridos, com cores contrastantes, como os mobiles com formas geométricas (Hockenberry *et al.*, 2006).

Foi agendada nova consulta por volta da altura do primeiro mês de vida do D. Ao voltar a colocar o bebé no sistema de retenção para crianças, foi momento de observação se os pais colocavam corretamente os cintos e foram questionados se alguma dúvida persistia após a consulta. Foi também confirmado junto da mãe se havia marcado a consulta de revisão pós parto, a qual deve ser realizada 6 semanas após o parto, tendo sido este eutócico sem complicações (Bobak, Lowdermilk, Jensen & Perry, 1999). Como não existia dúvidas, os pais abandonaram o gabinete sorridentes e o bebé envolto na manta, dormitando tranquilamente, sendo encaminhados para a consulta médica.

Consulta dos Seis Meses

A consulta dos seis meses envolve diversos cuidados, que determina uma avaliação holística e direcionada para aquisição de competências na área do desenvolvimento. A S. é uma bebé do género feminino, que veio à UCSP na companhia da mãe, para a consulta de avaliação respeitante aos seis meses. É uma bebé robusta, e sorridente ao colo da mãe.

A consulta iniciou-se questionando sobre os hábitos alimentares. A S. encontra-se atualmente a ingerir uma refeição com sopa de legumes e fruta (maçã, pêra e banana), toda esta passada. Foi reforçada a importância das refeições serem realizadas com a colher e não o biberão (BISIJ, 2007), algo que inicialmente a mãe da S. realizava. Os legumes da sopa foram introduzidos conforme preconizado, no intervalo de cerca de uma semana (Opperman & Cassandra, 2001; Hockenberry *et al.*, 2006; BISIJ, 2007). Estava também a fazer uma refeição diária de papa sem glúten e restantes refeições o leite artificial. Foi explicado que aos seis meses o leite poderia passar a leite artificial N.º 2, da marca que a bebé estava acostumada a beber, e que as papas poderão ser agora também com glúten, mantendo a escolha de poder ser lácteas, onde só necessita adicionar água, ou as não lácteas, sendo estas preparadas com o leite habitual da bebé (que agora passaria a N.º 2). A mãe da S. habitualmente prepara não lácteas, utilizando o leite da bebé. A introdução de carnes brancas nesta fase (Opperman & Cassandra, 2001) é outra possibilidade na sopa da S., devendo ser triturada a carne e adicionar cerca de duas colheres de sopa rasa da carne no puré de legumes. O esquema alimentar da S. deverá agora incluir uma refeição com sopa de carne e a fruta, outra refeição de sopa de legumes e fruta e outra refeição com papa, pelo que as restantes refeições manterá o leite adaptado, agora N.º 2. É fornecido aos pais/cuidadores um documento orientador no momento que iniciam a alimentação, sobre a introdução de alimentos desde os 4 meses até ao 1º ano de vida. Foi neste documento que me baseei para a explicação acima mencionada, respeitando as diretrizes que a UCSP se guia. Tive alguma dificuldade em encontrar documentação específica que fundamentasse estas diretrizes, sendo díspares e pouco concretas sobre a introdução da alimentação na criança. Procurei também alguma informação junto da DGS, porém não existe

documentação específica sobre este tema, ainda que existam informações no BISJ relativamente à alimentação, e que foram enquadradas na explicação dada à mãe, as quais deveriam ter sido lidas entre a consulta dos 4 aos 6 meses.

Foi de seguida avaliado o crescimento: perímetro cefálico, peso e altura. Durante o momento em que é despida a bebé, a observação física é realizada, sem detetar alterações. Verifica-se que tem receio dos estranhos, nomeadamente da enfermeira, que me aproximo e ao avaliar o perímetro cefálico preciso conter a cabeça para ser precisa na medição, bem como a avaliação da altura, em que é necessário esticar as pernas e manter o corpo alinhado com a cabeça na linha média, o que causa choro e irritabilidade, procurando a mãe em busca de segurança. Ao reconhecer a mãe como elemento seguro e mostrar medo dos estranhos é esperado no desenvolvimento nesta idade (Hockenberry *et al.*, 2006; OE, 2010a). Os parâmetros avaliados encontravam-se de acordo com a curva de percentil que a S. já vinha a manter. A mãe admirou-se de esta manter-se na curva do percentil, uma vez que o seu interesse pela comida havia diminuído, em detrimento da brincadeira e distração com qualquer elemento em seu redor. Foi explicado que é habitual esta distração, uma vez que se preocupa em explorar o ambiente que a rodeia, fazendo parte do seu desenvolvimento. Sugeriu-se que o ambiente em que é realizado a refeição deve ser calma, de acordo com o descrito no BISJ (2007), não prolongando esta demasiado tempo, o que poderá aumentar o desinteresse da bebé, bem como não gerar conflito durante a refeição, procurando uma interação serena (OE, 2010a). A S. ainda não apresenta sinais dos primeiros dentes, que se iniciam cerca desta idade, informação contida também no BISIJ (2007). Foi explicado que poderá começar a surgir a primeira dentição (dentes deciduos), e alguma irritabilidade associada, que depende de criança para criança (Opperman & Cassandra, 2001).

A avaliação do desenvolvimento decorreu de seguida. Foi colocada em decúbito ventral, e através do qual consegue elevar o tórax e cabeça, e mudar de decúbito ventral para dorsal. Neste momento a mãe foi advertida do perigo de deixar a bebé sem vigilância ou não estando corretamente contida numa cadeira ou espaço, uma vez que o perigo de queda é grande através das capacidades que a S. apresenta. A possibilidade de agarrar os objetos, pois já tem o movimento adquirido de pinça,

com o polegar e indicador, o que permite a exploração dos objetos, os quais nesta fase são habitualmente levados à boca, conforme a teoria de Freud, fase que tende a prolongar-se até ao ano de idade (Hockenberry *et al.*, 2006; OE, 2010a). Esta estádio acresce a possibilidade de deglutir os objetos, acrescentando o risco de acidentes. O BISIJ (2007) fala deste risco, exemplificando que os brinquedos da criança devem ter dimensões relativamente grandes para que não possam ser deglutidos.

A brincadeira é uma *tarefa* essencial no desenvolvimento. Nesta fase a S. procura estar atentos aos objetos e aos adultos, procurando imitar expressões faciais, tentando também vocalizar, emitindo sons e por vezes rindo. Foi-lhe fornecido brinquedos como cubos com arestas redondas e os quais esta animadamente explorou com a mão, pegando nestes. A mãe foi incentivada a brincar com ela, nos momentos que estiver disponível, uma vez que a interação permite uma aprendizagem social e criativa, incentivando a criança a produzir sons com a boca, mantendo uma conversa com a bebé. Os cuidados antecipatórios, para além dos já referidos sobre a alimentação, dentição e atividades promotoras do desenvolvimento, abordou-se também sucintamente as aquisições que a S. se espera que adquira até aos nove meses. Segundo a Ordem dos Enfermeiros (2010a), a possibilidade de gatinhar ou rastejar desenvolve-se, em conjunto com a capacidade de passar à posição de sentado e manter esta, dando-lhe uma visão diferente do que a rodeia, o que se traduz em exploração do ambiente, associado à possibilidade de agarrar. Para além da pinça já realizada com o polegar e indicador, os movimentos finos (Hockenberry *et al.*, 2006) ganham forma ao controlar melhor o punho, o que permite brincar com as mão e objetos, atirando-os para longe, observando o trajeto do mesmo. Também desenvolve a compreensão, na qual tenta utilizar monossílabos para se expressar, mantendo as tentativas de imitar o que a mãe verbaliza. A consciência da permanência do objeto, estudada por Erikson, traz à brincadeira uma nova perspetiva, ao saber que podendo o objeto estar escondido, este continua a existir (Opperman & Cassandra, 2001).

Por último foi aferido a vacinação. A S. tem o plano de vacinação atualizado (confirmado no SINUS e no boletim de registo da vacinação). Aos seis meses o

esquema de vacinação (DGS, 2011) exige que seja administrado a terceira dose da vacina tetravalente que confere imunização à Difteria, Tétano, Tosse Convulsa, *Haemophilus Influenzae b* e Poliomielite (DTPaHibVIP). Para além desta, também a terceira dose da vacina contra a Hepatite B. A S. foi então encaminhada para o gabinete da vacinação, ficando com a próxima consulta marcada para os 9 meses. Na vacinação importa salientar que a vacina tetravalente deverá ser administrada no “músculo vasto externo, na face externa da região antero-lateral da coxa direita” (DGS, 2011, p. 23). A vacina da Hepatite B poderá ser dada no mesmo local da tetravalente, “desde que as injeções sejam distanciadas entre 2,5 a 5cm” (DGS, 2011, p.22). A mãe deverá ser informada que poderá existir dor, rubor e uma tumefação ligeira no local da injeção, especialmente na região da vacina contra a Hepatite B. Poderá ocorrer febre baixa, que regride em 24 a 48h (DGS, 2011). Poder-se-á sugerir a administração de analgésico para conforto, e sobretudo que a mãe lhe dê carinho e afeto. O vínculo parental, especialmente com a mãe é notório, uma vez que quando avaliado a altura, a lactente procurava a mãe, chorosa, como pessoa de referência e que lhe transmite segurança. Ao saber que esta está perto, explora o ambiente (brincou com os brinquedos que lhe foram fornecidos, começa a mexer na craveira que está colocada na zona lateral da maca de observação), e procuram com o olhar a mãe, se algum estranho como é a enfermeira se aproxima, o que é esperado quando existe um vínculo bem desenvolvido (Hockenberry *et al.*, 2006).

Consulta dos 5-6 anos, Exame Global de Saúde

A consulta prevista para os 5-6 anos determina uma idade-chave, na qual se prevê que a criança ingressa na escolaridade obrigatória, no primeiro ciclo. Esta consulta, para além de avaliar as competências já adquiridas e esperadas para a idade, e os dados antropométricos, engloba também o Exame Global de Saúde, preconizado para esta consulta e uma avaliação mais profunda sobre a saúde da criança.

A R., com 5 anos já realizados à cerca de 6 meses, na data da consulta, vem na companhia da mãe, por ter consulta médica e de enfermagem marcada, afim de realizar o Exame Global de Saúde para que possa ingressar na escolaridade obrigatória. É uma criança que vem sorridente, bem-disposta e acompanhada de uma boneca. Apresenta higiene cuidada e veste predominantemente em tons de rosa, cor que também contrasta com a roupa vestida na boneca. Segundo a mãe, a R. gosta de escolher a sua roupa, apesar de precisar de ajuda conjugação ou na adequação à temperatura ambiente. Esta frequenta o jardim-escola, no qual diz ter muitos amigos, quando questionada. Gosta de jogar à “macaca” com outras meninas, que também levam as suas bonecas para o jardim-escola. O pensamento mágico, associado à brincadeira em grupo, proporciona o “desenvolvimento físico, social e mental” (Hockenberry *et al.*, 2006, p. 420). Refere também saltar à corda, movimento que exemplificou sem dificuldade, inclusive saltando em cada pé, de cada vez, o que mostra uma coordenação esperada para os 5 anos. Na escola faz muitos desenhos e pinta também, e que a mãe refere orgulhosa que a R. lhe oferece desenhos todas as semanas, e que a mesma pinta muito bem. Aparenta ser uma criança curiosa e ativa, que observa atentamente o espaço, passeia pelo gabinete e gosta de mexer nos objetos que estão na secretária. Porém, quando a mãe lhe diz para não mexer, ela para e senta-se na cadeira ao seu lado. Este aspeto é enquadrado no desenvolvimento esperado para a idade, uma vez que se mostra cumpridora, ainda que com impulsos (OE, 2010a).

Foi avaliado o peso e altura, os quais estavam dentro do percentil que a R. apresentava. Esta colaborou na avaliação, sendo a própria a colocar-se na balança, atenta ao que a enfermeira fazia, e cumprindo as ordens que lhe iam sendo dadas (colocar-se direita durante a avaliação da altura). A alimentação é diversificada,

apresentando-se com pele e mucosas coradas e hidratadas, sem aspeto emagrecido ao exame físico, com percentis adequados, e IMC no percentil 25. A R. domina a utilização dos talheres, como seria esperado pelo adequado desenvolvimento motor fino (Hockenberry *et al.*, 2006). Foi observada a dentição, a qual se encontra completa (dentes deciduos), sem cáries aparentes. Refere lavar os dentes de manhã e à noite. Diz que gosta de comer doces, mas nem sempre a mãe lhe dá. Foi explicado que os doces fazem mal, e os dentes podem ficar com problemas, e doerem, pelo que ela devia aceitar quando a mãe lhe nega os alimentos doces.

A ficha de ligação utilizada pela Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo [ARSLVT], Modelo 126.04, compreende alguns tópicos fundamentais para que a informação entre a equipa de saúde infantil e a avaliação realizada seja dada à equipa de saúde escolar, em como a criança avaliada está apta, pelo crescimento e desenvolvimento adequado à idade, para frequentar a escolaridade obrigatória. Apesar desta ficha estar direccionada para a realização da avaliação pelo médico assistente, a enfermeira de saúde infantil tem competências para realizar as avaliações solicitadas na ficha, pelo que grande parte desta ficha pode ser preenchida pela enfermeira, como parte da avaliação do crescimento e desenvolvimento que é realizada nas consultas. Para além destas avaliações, é possível também a avaliação de testes de rastreio da acuidade visual e auditiva, desde que exista material e “disponham de conhecimentos e experiência adequados” (OE, 2010b). Ainda assim, para além destes testes serem realizados pela enfermeira, por vezes os médicos também os realizam, no seguimento da mesma avaliação global, e confirmação da aptidão da criança ou despiste de alguma alteração. Foi então elaborado a avaliação da acuidade visual, através da Escala de *Snellen*, que é possível utilizar a partir dos 4 anos. Existindo o material no gabinete de enfermagem de saúde infantil, a enfermeira orientadora e com experiência na execução do teste, procedeu à sua realização. A descrição sucinta deste teste encontra-se no Anexo VI, onde explica como é realizado o teste e como a enfermeira o elaborou. Este parecer reforça também as competências do enfermeiro na avaliação da acuidade auditiva e visual. A diferença relativamente ao descrito no parecer em Anexo VI foi não ser necessário elaborar riscos no chão, uma vez que o

espaço do gabinete e a disposição do material permite esta distância entre a janela, onde a criança fica, de costas para esta, e o teste afixado na parede. A R. foi colaborante, e o resultado foi de 1,0 para o olho direito e 1,2 para o olho esquerdo, resultado classificado como adequado. Porém, aconselha-se um novo teste para confirmação do resultado (OE, 2010b), que será feito pelo médico de família.

A acuidade auditiva foi também despistada, recorrendo a um teste de audiometria tonal, também descrito no parecer da OE (2010b), no Anexo VI, sendo aplicado conforme descrito também neste documento. Existiu algumas incongruências, nas quais foi difícil perceber a correta repetição das palavras. Este teste seria repetido no médico de família, no qual seria novamente despistado a acuidade auditiva. A restante avaliação do desenvolvimento foi realizada solicitando à R. que desenhasse numa folha branca, onde desenhou uma casa, com sol e árvores, onde se verificou a realização de figuras geométricas, o esperado para a sua idade (OE, 2010a). Constrói também escadas com lego e fantasia histórias com a sua boneca (que esta está a descer as escadas).

Como cuidados antecipatórios, foi explicado que as atividades que incutam responsabilidade e ao mesmo tempo um desenvolvimento das capacidades que a R. mostra são uma mais valia, como ajudar nas tarefas domésticas (OE, 2010a). Porém, há que supervisionar estas atividades pelo perigo de acidentes, importando continuar a impor regras e definir os limites (OE, 2010a). No jardim-escola, os jogos elaborados com as educadoras são já estes promotores do desenvolvimento, como seja jogos de grupo e com regras. A mãe foi também incentivada a ler a informação do BISJ (2007), o qual complementa os cuidados antecipatórios esperados no crescimento e desenvolvimento da R.

Foi então encaminhada para a vacinação, afim de atualizar o seu calendário de vacinas. Aos 5-6 anos, de acordo com a DGS (2011), é preconizado que seja administrado a 5.^a dose da vacina contra a difteria, tétano e tosse convulsa (DTPa) e a 4.^a dose da vacina contra a poliomielite (VIP). Estas são enquadradas na vacina tetravalente (DTPaVIP). Para além desta imunização, também a vacina contra o Sarampo, Parotidite Endémica e Rubéola (VASPR), segunda dose, é realizada nesta idade. A DTPaVIP é administrada na “face externa da região antero-lateral do terço

superior do braço esquerdo” (DGS, 2011, p. 28) e a VASPR na mesma região do mesmo músculo citado, apesar de ser no braço direito (DGS, 2011). Importa salientar junto da mãe que a vacina DTPaVIP geralmente apenas apresenta reações locais como dor, rubor, edema, que pode durar até 3 dias (DGS, 2011). A vacina contra a VASPR para além das reações locais, também poderá desencadear febre ou exatema (manchas vermelhas) pelo corpo que poderá ocorrer entre o 5º e 12º dias depois da vacina (DGS, 2012).

NOTA CONCLUSIVA

Desejavelmente este documento deveria incluir uma descrição e intervenção nas diferentes idades-chave preconizadas pela DGS. Porém, não foi viável este trabalho minucioso, em detrimento de outras atividades direcionadas para a faixa etária na qual foquei o meu estudo, a adolescência. Deste modo, considero que esta reflexão sobre os cuidados determinou um desafio onde procurei apropriar-me e sensibilizar-me, relativamente à avaliação do desenvolvimento na diferentes faixas etárias. Este estágio permitiu-me ter uma experiência rica, mas que claramente não se esgota aqui.

As competências aqui desenvolvidas procuram responder às unidades de competência explicitadas pela promoção do crescimento e desenvolvimento infantil (DR, 2011). Todas as situações aqui explicitadas procuraram de alguma forma demonstrar conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento, através da avaliação dos parâmetros que estes incluem, no contexto de cuidados de saúde primários. A procura de cuidados antecipatórios foi um cuidado que procurei também desenvolver, considerando que foi uma aquisição bem conseguida, especialmente no caso do recém-nascido, na primeira situação analisada, o que permitiu mobilizar os conceitos inerentes à parentalidade e vinculação, tão importantes neste período, bem como procurei mobilizar estratégias para “promover o contacto físico pais/RN” (DR, 2011, p. 8655), nomeadamente através da demonstração das competências do bebé para promoção desta interação e também a amamentação (DR, 2011). Considero ter contribuído para envolver os pais nos cuidados, tendo em conta também a importância dos afetos no cuidar e na relação familiar. A comunicação adaptada a cada estado de desenvolvimento, mobilizando diferentes formas de comunicar com a criança, não só nas situações expressas, mas também durante o estágio.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Bobak, I.; Lowdermilk, D.; Jensen, M. & Perry, S. (1999). *Enfermagem na Maternidade* (4.ª Edição). Loures: Lusociência

Cepêda, T.; Brito, I. & Heitor, M. (2006). *Promoção da Saúde Mental na Gravidez e Primeira Infância: Manual de orientação para profissionais*. (D.-G. d. Saúde, Ed.) Lisboa.

Diogo, P. (2012). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica, Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. Loures: Lusociência.

Enfermeiros, O. d. (2009, Dezembro). *Sistema de Individualização das especialidades clínicas em enfermagem- perfil de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista*. (O. d. Enfermeiros, Ed.) Lisboa.

Enfermeiros, O. d. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* (Série I, N.º3, Vol. 1). (O. d. Enfermeiros, Ed.) Lisboa.

Enfermeiros, O. d. (2010b, Janeiro). Conselho de Enfermagem – Conceptualização da Prática Clínica. Parecer do CE N.º 248 / 2010 – Avaliação da visão e da audição. (O CE adopta na íntegra o Parecer no 22 / 2009 / CEESIP). *Revista da Ordem dos Enfermeiros*, (33), pp.28-34.

Hockenberry, M.; Wilson, D. & Winkelstein, M. (2006). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (7.ª Edição). Rio de Janeiro: Elsevier.

Levy, L. & Bértolo, H. (2008). *Manual de Aleitamento Materno*. Lisboa: Comité Português para a UNICEF.

Menezes, H. (2003). *Evitar os Acidentes no Primeiro Ano de Vida: Vale a Pena Crescer em Segurança* (3.ª Edição). Lisboa: Associação para a Promoção da Segurança Infantil.

Opperman, S. & Cassandra, K. (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Loures: Lusociência.

Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (2009). *O Mundo da Criança, da Infância à Adolescência* (11.^a Edição). São Paulo: McGraw-Hill.

Pinto, M. (2009). Vigilância do desenvolvimento psicomotor e sinais de alarme. *Rev Port Clin Geral* (25), pp. 677-687. Recuperado a 15 de Novembro em <http://pt.scribd.com/doc/76335035/Vigilancia-do-desenvolvimento-psicomotor-e-sinais-de-alarme>

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República n.º 35 – II Série*. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República n.º 35 – II Série*. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde da Criança e do Jovem. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Saúde, D.-G. d. (2005). *Saúde Infantil e Juvenil, Programa-Tipo de Actuação*. (2.^a Edição ed., Vol. 12). (D.-G. d. Saúde, Ed.) Lisboa.

Saúde, D.-G. d. (2007). *Boletim de Saúde Infantil e Juvenil*. (D.-G. d. Saúde, Ed.) Lisboa.

Saúde, D.-G. d. (2011). *Programa Nacional de Vacinação 2012*. (D.-G. d. Saúde, Ed.) Lisboa.

Apêndice XIII

Atividade Formação em Serviço



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

**Unidade Curricular:
Estágio com Relatório**

**Formação em Serviço
“O Trabalho Emocional no Ato de
Cuidar: Um Olhar sobre as
emoções no cuidar da Criança e
Adolescente”**

**Estágios: Serviço de Urgência, Unidade de
Cuidados Intensivos Pediátricos e Unidade
de Adolescentes – Centro Hospitalar de
Lisboa Central**

Docente:
Prof.ª Paula Diogo

Discente:
Maria João Caeiro Nº4002

Lisboa
Dezembro 2012 – Fevereiro 2013

Contextualização

Os estágios em contexto hospitalar determinaram grande parte do meu tempo académico da unidade curricular. Durante este percurso, tive oportunidade de compreender a dinâmica dos serviços e o seu funcionamento, bem como a relação de cuidados tão específica e importante, em cada serviço. Curiosamente, à semelhança do que vinha a constatar durante este percurso formativo, o trabalho emocional que reveste os cuidados, como expressões de afeto para com o cliente, disponibilidade, empatia emocional (Diogo, 2006; 2012a) são exemplos de intervenções que constatei, mas que são conscientes ou parcialmente conscientes (Smith, 2012). A sensibilização da equipa de enfermagem para o trabalho emocional, pareceu-me então pertinente, consciencializando esta do conceito e o envolvimento que o trabalho emocional tem nos cuidados. Por este motivo, considerei realizar uma formação em serviço para trabalhar junto de cada equipa a temática citada.

Finalidade / Justificação

O “cuidar envolve uma filosofia de compromisso moral direcionado para a proteção da dignidade humana e preservação da humanidade” (Watson, 2002, p. 60). Este compromisso envolve então a totalidade que o cliente representa, aliado ao Paradigma da Transformação, que procura olhar cada cliente como “único mas em interação com tudo o que o rodeia” (Lopes, 2001, p. 44). Este mobiliza a conceção de saúde “como uma experiência englobando a unidade «ser humano-ambiente» e não é (...) um estado estável ou uma ausência de doença” (Lopes, 2001, p.45). É então que o enfermeiro enquadra a experiência do cliente, como elemento que estabelece relação e se envolve nesta, num determinado “momento de aproximação por parte do enfermeiro e do [cliente] (...) no qual ambas as pessoas estão envolvidas” (Watson, 2002, p. 105-106). Ao recorrer ao hospital, o cliente e seus cuidadores procuram cuidados específicos, profissionais. É então aqui que intervenções direcionadas para a promoção de uma experiência emocional positiva, vivida pelo cliente e cuidadores é importante. A equipa de enfermagem está numa posição privilegiada para a promoção de vivências emocionais positivas e

gratificantes para ambos os intervenientes, uma vez que “a totalidade humana, o envolvimento (...) e a relação enfermeiro-cliente enquanto essência da prática de enfermagem, têm subjacentes as emoções tanto dos clientes como dos enfermeiros que se cruzam a cada encontro” (Diogo, 2012a, p. 13).

A existência de uma relação terapêutica, que procura expressar intervenções e estratégias que promovam o conforto emocional, permitindo que o cliente se sinta seguro, valorizado e informado (Williams & Irurita, 2004). Estes autores descrevem diferentes estratégias por parte dos enfermeiros, para cada um dos aspetos citados, como a competência em tarefas específicas, interessarem-se pela relação terapêutica, mostrar disponibilidade, fornecer informações e explicações, e uma abordagem verbal e não verbal que eleva o cliente e fá-lo sentir valorizado (Williams & Irurita, 2004). A possibilidade de colaborar nos cuidados e nas decisões sobre a sua saúde fará o cliente sentir que não perdeu o controlo da situação, sendo também uma peça fundamental na satisfação e numa vivência emocional com tonalidade positiva (Williams & Irurita, 2006; Diogo, 2012a). Este conforto emocional transmite sentimentos, pensamentos positivos e otimistas, dos quais os clientes partilham e que se traduziam em bem-estar e pensamentos positivos sobre a vida, um resultado do envolvimento emocional dos dois intervenientes nesta relação (Watson, 2002). Ainda de acordo com Watson (2002, p. 87) a enfermagem tem como objetivo que os clientes “ganhem um grau mais elevado de harmonia na mente, no corpo e na alma”, conceito que é ligado à saúde como a “totalidade da natureza do indivíduo, no seu domínio físico, social, estético e moral” (Watson, 2002, p.86).

Modelar as emoções de forma a que as expressões verbais e não verbais surjam como se deseja é parte do trabalho emocional nos cuidados e que poderá ser inconsciente ou semi-consciente (Smith 2012). É então neste sentido que a formação procura incentivar à consciencialização deste trabalho emocional. Como base teórica, baseei-me no trabalho de Diogo (2012a), o qual traz à prática uma interessante perspetiva sobre a relação terapêutica ligada às emoções e ao trabalho emocional, destacando quatro categorias que enquadrei na apresentação, e das quais explicitarei as ações e estratégias que surgem do estudo, adequando estas à

realidade observada em cada estágio, procurando exemplificar oralmente durante a apresentação, enriquecendo esta e procurando que os enfermeiros se identifiquem e revejam-se na temática. Foram também definidos alguns conceitos centrais associados ao trabalho emocional e que justificam a sua importância, alguns destes já explorados acima.

Ainda que não desse um enfoque determinante ao adolescente no Serviço de Urgência [SU] e na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos [UCIP], uma vez que os cuidados prestados abrangem diferentes faixas etárias, canalizei um diapositivo da prestação para dar visibilidade a algumas estratégias para gerir as emoções dos adolescentes e minimizar o impacto de uma vivência emocionalmente intensa associado a cada contexto. As estratégias que podem ser mobilizadas na gestão das emoções dos enfermeiros, como elementos que se envolvem nos cuidados, e cujas emoções têm repercussões nos cuidados (Watson, 2002; Diogo 2006; 2012a; Smith 2012) também foram abordadas, importando também consciencializar e promover *ferramentas* que permitam a cada elemento lidar com as suas emoções e com o envolvimento emocional que a relação de cuidados acolhe. Como tal foi também dado enfoque a algumas estratégias encontradas na bibliografia (Diogo, 2006; 2012a).

Planeamento e Execução

Foi aferido junto dos enfermeiros-chefes e a enfermeiras orientadoras de cada serviço a importância de realizar de uma formação em serviço para os enfermeiros, os quais acolheram bem a atividade, face à temática e observação realizada. Esta formação teve como objetivos gerais

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para o trabalho emocional na relação de cuidados de enfermagem à criança/adolescente e seus cuidadores;
- Promover a reflexão na equipa de enfermagem sobre os cuidados prestados e a relação enfermeiro/cliente e cuidadores.

Da minha observação, sendo o Serviço de Urgência [SU] e a Unidade de Cuidados

Intensivos Pediátricos [UCIP] espaços que acolhem todas as faixas etárias até aos 18 anos menos um dia, pareceu-me pertinente que esta formação abarcasse toda a população pediátrica e adolescentes. Esta abrangência tem um papel essencial na promoção da melhoria dos cuidados da população alvo destes serviços, incentivando à reflexão sobre os mesmos e consciencialização do trabalho emocional que já se expressa nos cuidados. Na Unidade de Adolescentes a formação foi direcionada para as características próprias desta faixa etária, por ser a idade predominante neste serviço.

Durante cada estágio baseei a minha observação numa grelha de observação adaptada dos elementos que emergiram do trabalho de Diogo (2012a), salientando deste os “componentes do processo de uso terapêutico das emoções: Promover um ambiente seguro e afetuoso, nutrir os cuidados com afeto, gerir as emoções dos clientes, construir a estabilidade na relação e regular a disposição emocional [dos enfermeiros] para cuidar” (Diogo 2012a, p. 171), o qual se encontra na grelha de observação elaborada, que se encontra em seguida. Esta grelha permitiu orientar a observação antes da formação, de forma a que introduzisse alguns cuidados observados e que espelham o trabalho emocional já realizado pelos enfermeiros. Este aspeto procura ir ao encontro da consciencialização do trabalho emocional e a intencionalidade que lhe é inerente, já referida acima. Elaborei também uma apresentação em diapositivos programada para ter a duração de cerca de 30 minutos. O planeamento da sessão encontra-se no fim deste documento, bem como os diapositivos da sessão. Estes diapositivos foram a base para as três sessões (uma em cada local de estágio) e durante a exposição oral foram mobilizados exemplos da prática que foram observados especificamente em cada local de estágio, e registados na grelha de observação acima referida. A pertinência de realizar três sessões de formação, uma em cada serviço (SU, UCIP e Unidade de Adolescentes) justifica-se pelas características únicas de cada contexto e a importância de trabalhar em cada um deles observações, problemáticas e reflexões, também estas específicas.

Foi colocado um folheto de divulgação (que se encontra no fim deste documento) nos locais habituais de cada serviço, cerca de uma semana antes da data prevista

para a formação. No SU foi afixado na sala de enfermagem, local privilegiado por ser onde a equipa de enfermagem se reúne e a informação sobre formações e diferentes divulgações tem um expositor próprio. Na UCIP foi exposto num painel existente no espaço comum do serviço, onde também são colocadas formações para a equipa. Na Unidade de Adolescentes foi exposto na sala de reuniões, junto ao quadro magnético com a distribuição dos adolescente pelo serviço. Nesta sala é onde acontece a passagem de ocorrências entre os turnos e também frequentada pelos enfermeiros, sendo este o local habitual de afixação das sessões. Os diapositivos foram apresentados a cada enfermeira orientadora e explicado o conteúdo da formação, expresso no planeamento da sessão, e ao qual foi dado aval positivo. Foi utilizado o “layout” para o planeamento das sessões, preconizado pelo hospital D. Estefânia, bem como o folheto de divulgação das sessões.

No SU obteve-se a participação de dez enfermeiros, onde a enfermeira orientadora e enfermeiro chefe estavam incluídos. O horário escolhido (16h) é habitual no serviço para a realização de formações, uma vez que abrange o maior número de enfermeiros disponíveis, englobando os enfermeiros do turno da manhã e da tarde. Este aspeto não invalida que a unidade deixe de prestar cuidados neste período, uma vez que se mantêm o número mínimo necessário de enfermeiros (1 a 2 em cada valência), para a prestação de cuidados contínua. A apresentação decorreu então no gabinete de enfermagem, e a apresentação encontrava-se exposta em dois locais, no computador existente na sala e na televisão, previamente sincronizada com o computador, que está enquadrada numa das paredes do gabinete. Desta forma todos os elementos que se encontravam a assistir conseguiam ver a apresentação, pois a disposição das cadeiras na sala são em volta da parede, com uma mesa redonda, central. A apresentação decorreu como previsto, e cumpriu o tempo estipulado.

Na UCIP estiveram seis elementos da equipa de enfermagem, entre estes a enfermeira-chefe e a enfermeira orientadora. Foi sorteado entre os enfermeiros escalados no turno da manhã qual poderia ser dispensado no serviço, pelo que três foram dispensados e outros três ficaram na prestação de cuidados, assegurando-os. Os restantes elementos, para além da chefia, compareceram por seu interesse de

assistir à sessão. A formação foi marcada para as 15.30h, hora habitual das formações em serviço na Unidade, e que cumpriu o tempo estipulado. Foi utilizado o projetor de slides da unidade, que é ligado ao computador e apresenta os diapositivos na parede branca da sala de reuniões, local onde também é habitual a realização de formações.

Na Unidade de Adolescentes compareceram quatro enfermeiros, dois destes encontravam-se escalados no turno da manhã e dois compareceram mais cedo para assistir à formação. Foi marcada a sessão para as 15h, que também é o horário habitual para as sessões no serviço, e foi realizada na sala de trabalho de enfermagem, no computador existente desta sala. A formação decorreu no tempo estipulado, apesar da discussão ter-se prolongado um pouco mais, uma vez que estabeleceu-se uma discussão interessante sobre os cuidados aos adolescentes e o que foi explicitado no decorrer da formação. Apesar de existir mais enfermeiros interessados em estarem presentes na formação, não lhes foi possível, pelo que será marcada futuramente outra sessão de forma a abranger um maior número de colegas, conforme a disponibilidade.

Avaliação

No serviço de SU a avaliação da formação decorreu após a fase expositiva, durante o período dedicado para discussão. Esta consistiu no *feedback* dado pelos enfermeiros que assistiram sobre o contributo da formação para a sua prática diária. A reflexão incutida por esta foi considerada um contributo essencial para que a prestação de cuidados sejam de qualidade, a qual advém da valorização das “pequenas coisas”, no sentido em que o que foi transmitido é o que faz a diferença nos cuidados e os diferencia. Este aspeto é bem explicitado por Hesbeen (2000, p. 47) quando caracteriza os cuidados de enfermagem como “compostos de múltiplas ações que são sobretudo (...) uma imensidão de «pequenas coisas» que dão a possibilidade de manifestar uma «grande atenção» ao beneficiário de cuidados e aos seus familiares”.

Outro aspeto que foi debatido envolveu as questões relacionadas com a gestão de

conflitos e a relação com a gestão das emoções dos clientes, nomeadamente dos pais ou cuidadores responsáveis pela criança ou adolescente que acompanham à urgência. As estratégias explicitadas (ver diapositivos), procuram que o cliente mantenha o controlo da sua situação, diminua o medo e ansiedade, associada a um reforço da relação e da confiança na equipa de enfermagem, procurando evitar picos emocionais de tonalidade negativa (Diogo, 2012a) e que poderão despoletar conflitos. O tópico relacionado com a regulação emocional para cuidar despertou a atenção de diferentes elementos, que também se identificaram com várias estratégias explicitadas, como sair por momentos do cenário de cuidados, como por exemplo almoçar ou solicitar ajuda de outro enfermeiro quando não já não é suportável lidar com determinadas situações, nomeadamente na vertente da gestão de conflitos. Um dos fatores que dificultam a regulação emocional para cuidar e grande parte da equipa concordou está relacionado com o “excesso de trabalho, intensificando o stress e cansaço” (Diogo, 2012a, p. 160), sendo muito associado pelos enfermeiros ao *burnout*. Este excesso de trabalho tem uma conotação negativa na atualidade, com diminuição da satisfação no local de trabalho devido a uma redução das equipas e remunerações. Nesta perspetiva, a valorização da “pequenas coisas”, como cultivar sentimentos de gratificação e realização pessoal (Diogo, 2012a) poderá ajudar na motivação do enfermeiro para cuidar. A partilha de afeto que crianças, adolescentes e os seus pais ou cuidadores expressam, através de um sorriso ou agradecimento, aflora o sentimento de valorização dos cuidados e da própria enfermagem, como arte. Esta arte, que permite o cliente “receber de outra expressões de sentimentos, (...) [sendo] capaz de experimentar a emoção que levou o outro a expressá-la” (Watson, 2002, p. 118).

Outra questão lançada por um dos enfermeiros foi até que ponto será possível a integração do trabalho emocional na avaliação de desempenho, uma vez que este integra e é indiscutivelmente uma importante parte do cuidar. A reestruturação da avaliação atual ou integração deste aspeto na avaliação é certamente algo que deverá ser trabalhado, apesar de encontrar ainda uma necessidade nas equipas que passa pela sensibilização e consciencialização desta vertente importante do cuidar. Também a vertente emocional dos cuidados que deveria figurar nos registos, é pouco visível, da minha experiência profissional. Deste modo, existem já

instrumentos de avaliação do trabalho emocional em contexto de saúde (Moreno-Jiménez, Herrer, Rodríguez-Carvajal & Hernández, 2010) entre outros, que poderão ser integradas na avaliação de desempenho e/ou como instrumento na supervisão em enfermagem.

A avaliação final da formação foi muito positiva, uma vez que foram trabalhados conceitos e estratégias que estão em consonância com a prática de cuidados diária, sendo um contributo para o enriquecimento desta. Não foram preenchidas fichas de avaliação da sessão por parte dos enfermeiros que assistiram porque é habitual as sessões terem um carácter rápido e dinâmico, não sendo preenchidos as fichas de avaliação. Isto acontece uma vez que importa voltar ao cenário dos cuidados para que os enfermeiros que ficaram nas valências em prestação de cuidados possam passar o turno à equipa que chega para integrar cuidados. Por este motivo não foi aplicado questionário de avaliação.

Na UCIP foram preenchidos os questionários de avaliação. Para tal foi utilizado a ficha de avaliação da sessão utilizada pelo Hospital D. Estefânia [HDE], exemplar da mesma encontra-se em Anexo VII. Da apreciação global, a sessão cumpriu os objetivos propostos e o *feedback* dado foi bastante positivo. As apreciações recolhidas enquadram-se maioritariamente ao nível do item “concorda” ou “concorda totalmente”, que são os aspetos mais positivos da escala utilizada. O Quadro 3 esquematiza a avaliação realizada e as respetivas percentagens para cada parâmetro.

Quadro 3. Apreciação global da Formação realizada na UCIP.

APRECIÇÃO GLOBAL	DISCORD A TOTAL-MENTE	DISCORD A	CONCORD A	CONCORD A TOTAL-MENTE	NÃO RESPONDE
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.	-	-	83%	17%	-
2. Os objetivos da formação foram atingidos.	-	-	33%	67%	-
3. Para a sua atividade profissional a formação foi útil.	-	-	33%	67%	-
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.	-	-	17%	83%	-
5. A teoria foi relacionada com a prática.	-	-	17%	83%	-
6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.	-	-	50%	50%	-
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.	-	-	50%	50%	-
8. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.	-	-	33%	50%	17%
9. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.	-	-	67%	33%	-
10. A duração da formação foi adequada.	-	-	67%	33%	-
11. O horário da formação foi adequado.	-	-	67%	33%	-

Fonte: Adaptado de Instrumento de Avaliação da Sessão utilizada no HDE (Anexo VII).

Também a metodologia utilizada é avaliada, e desta também se destaca uma avaliação positiva, encontrando-se a maioria no item entre o “Bom” e “Muito Bom”. Dos enfermeiros presentes na sessão, 67% considerou “Muito Bom” o domínio dos conteúdos apresentados, a facilidade e clareza na transmissão de conhecimentos, a capacidade de motivar e despertar interesse nos formandos, a interação com o grupo, o interesse demonstrado no esclarecimento de dúvidas e a pontualidade. Os restantes 33% consideraram “Bom” a metodologia utilizada, de acordo com o parâmetros explicitados anteriormente. Apenas a gestão do tempo foi pontuada como “Muito Bom” por 50% dos formandos, e por “Bom” os restantes 50%.

Na Unidade de Adolescentes foi também aplicado o questionário de avaliação preconizado no HDE, o qual demonstrou uma avaliação muito positiva da sessão, e que se encontra esquematizado cada parâmetro na quadro 4.

Quadro 4. Apreciação global da Formação realizada na Unidade de Adolescentes.

APRECIÇÃO GLOBAL	DISCORD A TOTAL-MENTE	DISCOR DA	CONCORD A	CONCORDA TOTAL-MENTE
1. As suas expectativas em relação à formação foram satisfeitas.	-	-	25%	75%
2. Os objetivos da formação foram atingidos.	-	-	-	100%
3. Para a sua atividade profissional a formação foi útil.	-	-	-	100%
4. Favoreceu a sua aquisição/consolidação de conhecimentos.	-	-	-	100%
5. A teoria foi relacionada com a prática.	-	-	-	100%
6. A formação apresentou bom nível técnico-pedagógico.	-	-	-	100%
7. Foram abordados todos os pontos que considerou importantes.	-	-	-	100%
8. A documentação distribuída/disponibilizada possui qualidade.	-	-	25%	75%
9. Os audiovisuais utilizados foram adequados à mensagem transmitida.	-	-	50%	50%
10. A duração da formação foi adequada.	-	-	-	100%
11. O horário da formação foi adequado.	-	-	-	100%

Fonte: Adaptado da ficha de avaliação da sessão utilizada no HDE.

A metodologia utilizada foi classificada como “Muito Boa” em todos os parâmetros.

Até à data do término deste trabalho, as declarações de formadora que habitualmente são fornecidas pelo HDE não estavam ainda disponíveis, pelo que não figuram no presente trabalho.

Contributos para a aquisição de competências de enfermeira especialista em ESCJ (DR, 2011)

A formação realizada permite que os cuidados prestados promovam um “ambiente terapêutico e seguro” (DR, 2011, p.8651). Esta competência comum sublinha a importância da sensibilização dos enfermeiros para a consciencialização do trabalho emocional e os benefícios da integração destes nos cuidados, o que leva à existência de um ambiente terapêutico e seguro, quer para profissionais, quer para os clientes. Ao desenvolver também um conhecimento aprofundado na temática que

é tão própria dos cuidados, caracteriza o meu interesse em desenvolver um “auto-conhecimento” (DR, 2011) e transmitir esse conhecimento de forma estruturada e com relevância atual e científica. Importa também determinar que o “desenvolvimento das aprendizagens profissionais (...) [procurando basear] a (...) *praxis* clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (DR, 2011, p. 8653). Esta última competência concorre para a visibilidade do enfermeiro especialista como “dinamizador e gestor da incorporação do novo conhecimento no contexto da prática cuidativa, visando ganhos em saúde dos cidadãos” (DR, 2011, p. 8653).

Para que esta competência seja uma realidade, é necessário que se seja sensível às necessidades formativas, diagnosticando-as, procurando reunir, através de várias fontes de pesquisa, inclusive mobilizando as tecnologias da informação, que a evidência encontrada traga conhecimento e desenvolvimento para enfermagem (DR, 2011). Com as formações realizadas, a divulgação da evidência ligada à dimensão emocional dos cuidados concorre para a qualidade dos cuidados, contribuindo para a prática especializada, devendo estes conhecimentos ser aplicados na prática (DR, 2011). Foram também avaliados os resultados das formações (DR, 2011), que constitui um elemento importante na forma como os cuidados poderão evoluir ou da necessidade de outras intervenções.

Referências Bibliográficas

Diogo, P. (2006). *A Vida Emocional do Enfermeiro – Uma Prespetiva Emotivo-Vivencial da prática de Cuidados*. Coimbra: Formasau.

Diogo, P. (2012a). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica, Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. Loures: Lusociência.

Diogo, P. (2012b, Novembro). O Trabalho Emocional em Enfermagem como foco de Investigação e Reflexão. *Salutis Scientia – Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*, 4, 1-9.

Enfermeiros, O. d. (2009, Dezembro). *Sistema de Individualização das especialidades clínicas em enfermagem- perfil de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista*. (O. d. Enfermeiros, Ed.) Lisboa.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de enfermagem numa Perspectiva de Cuidar*. Loures: Lusociência.

Lopes, M. (2001). *Concepções e Desenvolvimento Sócio-Moral: Alguns dados e Implicações* (2.ª Edição). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Moreno-Jiménez, B.; Herrero, M; Rodríguez-Carvajal, R. & Hernández, E. (2010). Emociones y Salud en el Trabajo: Análisis del del Constructo “Trabajo Emocional” y propuesta de evaluación. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 42 (1), 63-73.

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República n.º 35 – II Série*. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República n.º 35 – II Série*. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde da Criança e do Jovem. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Smith, P. (2012). *The Emotional Labour of Nursing Revisited: Can Nurses Still Care?* (2.ª Edição). Hampshire: Palgrave Macmillan.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar, Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Williams, A. & Irurita, V. (2004). Therapeutic and Non-Therapeutic Interpersonal Interactions: The Patient's Perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 806-815.

Williams, A. & Irurita, V. (2006). Emotional Comfort: The patient's Perspective of a therapeutic context. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 405-415.

Grelha de observação sobre o Trabalho Emocional em Enfermagem em Pediatria, adaptado de Diogo (2012)¹

	Validar	Notas/Observações
1. Promover um Ambiente Seguro		
-Acolher;		
- Cumprimentar;		
- Expressões de Afeto;		
- Gerar ambiente familiar;		
- Sintonia com o mundo infantil;		
2. Nutrir os Cuidados com Afeto		
- <u>Dádivas de afeto</u> : sorriso, voz embalada e suave, olhar meigo, expressões de carinho...		
- Momentos em que são observadas: <ul style="list-style-type: none"> - Procedimentos; - Início do turno; - Momentos específicos; - Espontâneos; - Intencional. 		
3. Gerir as emoções dos Clientes		
<u>Gestão Emocional de Antecipação</u> : <ul style="list-style-type: none"> - Postura calma e carinhosa; - Mostrar disponibilidade; - Preparação para procedimentos; - Fornecer explicações / informações; - Favorecer a expressão de sentimentos; - Dar reforço positivo; - Distração. 		
<u>Gestão das Emoções Reativas</u> : <ul style="list-style-type: none"> - Envolver a família nos cuidados; - Explicar e esclarecer dúvidas; - Fazer pausas; - Fomentar a esperança; - Colocar-se ao lado; - Dar carinho; - Diferenciar os momentos; 		

¹Diogo, P. (2012). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica, Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. Loures: Lusociência.

<ul style="list-style-type: none"> - Desviar o foco de atenção; - Encorajar e restringir. 		
4. Construir a estabilidade na Relação		
<u>Envolvimento Emocional:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Ligação Afetiva; - Proximidade; - Conhecimento Mútuo; - Confiança. 		
<u>Gestão de Episódios Conflituosos:</u> <ul style="list-style-type: none"> - Abordagem calma e de controlo; - Dar espaço para a expressão; - Desmontar o problema; - Procurar a reconciliação; - Não fazer juízos de valor. 		
<u>Equilíbrio de Poderes</u> <ul style="list-style-type: none"> - Tomada de decisão partilhada; - Dar espaço à função parental; - Colaboração mútua; - Participação do cliente e cuidador/es; - Partilha de informação. 		
5. Regular a disposição emocional para cuidar (dos enfermeiros)		
<u>Analisar as experiências</u> <ul style="list-style-type: none"> - Falar com os colegas; - Leituras, escrita, reflexão. 		
<u>Partilhar o que sente</u> <ul style="list-style-type: none"> - Com colega específica; - Grupo de colegas. 		
<u>Compreensão das reações dos clientes</u>		
<u>Atenuar Positivamente</u> (compreender que não somos únicos a falhar).		
<u>Não se deixar afetar</u> <ul style="list-style-type: none"> - Descentrar-se; - Afastar-se por momentos; - Evitar prestar cuidados; - Cortar com a fonte de emoções. 		

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

O Trabalho Emocional no Ato de Cuidar: Um olhar sobre as emoções no cuidar da Criança e Adolescente

DATA / HORA: 17 Dezembro 2012

**FORMADOR: Maria João Caeiro
(Estudante MEeEESIP)**

LOCAL: Serviço de Urgência HDE

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

O Trabalho Emocional no Ato de Cuidar: Um olhar sobre as emoções no cuidar da Criança e Adolescente

DATA / HORA: 24 de Janeiro de 2013
16:00h

FORMADOR: Maria João Caeiro
(Estudante MEEESIP)

LOCAL: UCIP HDE

FORMAÇÃO EM SERVIÇO

O Trabalho Emocional no Ato de Cuidar: Um olhar sobre as emoções no cuidar ao Adolescente

**DATA / HORA: 15 de Fevereiro de 2013
15:00h**

**FORMADOR: Maria João Caeiro
(Estudante MEEESIP)**

**LOCAL: Unidade de Adolescentes
HDE**

FORMAÇÃO EM SERVIÇO – PLANO DE SESSÃO

Tema: O Trabalho Emocional no Ato de Cuidar: Um olhar sobre as emoções no cuidar da criança e adolescente.

Local: Serviço de Urgência – Hospital D. Estefânia

Data: 17/12 /2012

Hora: 16h00

Objetivos gerais:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para o trabalho emocional na relação de cuidados à criança/adolescente e seus cuidadores;
- Promover a reflexão da equipa de enfermagem sobre os cuidados prestados e a relação enfermeiro/cliente e cuidadores.

Objetivos específicos:

- Explicitar os conceitos fundamentais ao trabalho emocional na relação de cuidados;
- Contextualizar o trabalho emocional nos cuidados prestados;
- Discutir em equipa a temática e os seus contributos para a prática.

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	TEMPO	FORMADOR(ES)
<u>Introdução</u> - Apresentação do tema e objetivos.	Método Expositivo	Data-Show (apresentação em <i>PowerPoint</i>)	5 min.	
<u>Desenvolvimento</u> - Definição de cuidar e a relação com o trabalho emocional em pediatria; - Explorar o uso terapêutico das emoções na relação de cuidados, com enfoque na: promoção de um ambiente seguro; gerir as emoções dos clientes; nutrir os cuidados com afeto, construir a estabilidade na relação. -Relevar a importância da disposição emocional para cuidar e estratégias inerentes. - Mobilizar situações da prática que ilustrem cada tópico.	Método Interrogativo Método Expositivo Método Demonstrativo	Data-Show (apresentação em <i>PowerPoint</i>)	15 min.	

<p><u>Conclusão</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Discussão sobre a importância do tema para a prática;- Espaço para dúvidas e questões;- Realização da avaliação sumativa (preenchimento das fichas de avaliação de sessão).	<p>Método Demonstrativo</p> <p>Método Ativo</p>	<p>Fichas de Avaliação</p>	<p>de 10 min.</p>	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------	----------------------------	-------------------	--

C.H.L.C. Mod. 0003

FORMAÇÃO EM SERVIÇO – PLANO DE SESSÃO

Tema: O Trabalho Emocional no Ato de Cuidar: Um olhar sobre as emoções no cuidar da criança e adolescente.

Local: Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos – Hospital D. Estefânia

Data: 24/01 /2013 **Hora:** 15h30

Objetivos gerais:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para o trabalho emocional na relação de cuidados à criança/adolescente e seus cuidadores;
- Promover a reflexão da equipa de enfermagem sobre os cuidados prestados e a relação enfermeiro/cliente e cuidadores.

Objetivos específicos:

- Explicitar os conceitos fundamentais ao trabalho emocional na relação de cuidados;
- Contextualizar o trabalho emocional nos cuidados prestados;
- Discutir em equipa a temática e os seus contributos para a prática.

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁTICOS	TEMPO	FORMADOR(ES)
<u>Introdução</u> - Apresentação do tema e objetivos.	Método Expositivo	Diapositivos (apresentação em <i>PowerPoint</i>)	5 min.	
<u>Desenvolvimento</u> - Definição de cuidar e a relação com o trabalho emocional em pediatria; - Explorar o uso terapêutico das emoções na relação de cuidados, com enfoque na: promoção de um ambiente seguro; gerir as emoções dos clientes; nutrir os cuidados com afeto, construir a estabilidade na relação. - Relevar a importância da disposição emocional para cuidar e estratégias inerentes. - Mobilizar situações da prática que ilustrem cada tópico. - Apresentação da grelha de observação utilizada. - Apresentação do algoritmo de atuação em enfermagem, relativo ao trabalho emocional com o	Método Interrogativo Método Expositivo Método Demonstrativo	Diapositivos (apresentação em <i>PowerPoint</i>) Folha A4 com a grelha de observação Folha A4 com Algoritmo de Atuação. Slide com algoritmo.	15 min.	

<p><u>Conclusão</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Discussão sobre a importância do tema para a prática;- Espaço para dúvidas e questões;- Realização da avaliação sumativa (preenchimento das fichas de avaliação de sessão).	<ul style="list-style-type: none">- Método Demonstrativo- Método Activo	Fichas de Avaliação	10 min.	
-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	------------------------------------------------------------------------------------------------	---------------------	---------	--

C.H.L.C. Mod. 0003

FORMAÇÃO EM SERVIÇO – PLANO DE SESSÃO

Tema: O Trabalho Emocional no Ato de Cuidar: Um olhar sobre as emoções no cuidar da criança e adolescente.

Local: Unidade de Adolescentes – Hospital D. Estefânia

Data: 15/02 /2013 Hora: 15h00

Objetivos gerais:

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para o trabalho emocional na relação de cuidados à criança/adolescente e seus cuidadores;
- Promover a reflexão da equipa de enfermagem sobre os cuidados prestados e a relação enfermeiro/cliente e cuidadores.

Objetivos específicos:

- Explicitar os conceitos fundamentais ao trabalho emocional na relação de cuidados;
- Contextualizar o trabalho emocional nos cuidados prestados;
- Discutir em equipa a temática e os seus contributos para a prática.

CONTEÚDOS PROGRAMÁTICOS	MÉTODOS TÉCNICAS	RECURSOS DIDÁCTICOS	TEMPO	FORMADOR(ES)
<p><u>Introdução</u></p> <p>- Apresentação do tema e objetivos.</p>	Método Expositivo	Diapositivos (apresentação em <i>PowerPoint</i>)	5 min.	
<p><u>Desenvolvimento</u></p> <p>- Definição de cuidar e a relação com o trabalho emocional em pediatria;</p> <p>- Explorar o uso terapêutico das emoções na relação de cuidados, com enfoque na: promoção de um ambiente seguro; gerir as emoções dos clientes; nutrir os cuidados com afeto, construir a estabilidade na relação.</p> <p>- Relevar a importância da disposição emocional para cuidar e estratégias inerentes.</p> <p>- Mobilizar situações da prática que ilustrem cada tópico.</p> <p>- Apresentação da grelha de observação utilizada.</p> <p>- Apresentação do algoritmo de atuação em enfermagem, relativo ao trabalho emocional com o</p>	<p>Método Interrogativo</p> <p>Método Expositivo</p> <p>Método Demonstrativo</p>	<p>Diapositivos (apresentação em <i>PowerPoint</i>).</p> <p>Folha A4 com a grelha de observação.</p> <p>Apresentação do Algoritmo de Atuação do trabalho emocional em Enfermagem.</p>	15 min.	

<p>adolescente.</p> <ul style="list-style-type: none">- Apresentação do “Jornal Jovem” e a sua relação com o trabalho emocional em enfermagem. <p><u>Conclusão</u></p> <ul style="list-style-type: none">- Discussão sobre a importância do tema para a prática;- Espaço para dúvidas e questões;- Realização da avaliação sumativa (preenchimento das fichas de avaliação de sessão).	Método Demonstrativo Método Ativo	Jornal Jovem em formato papel.	Fichas de Avaliação	de 10 min.
--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-----------------------------------------	--------------------------------------	------------------------	------------

C.H.L.C. Mod. 0003

Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

3.º Curso de Mestrado em Enfermagem e
Especialização em Saúde Infantil e Pediátrica



O Trabalho Emocional no Acto de Cuidar: Um olhar sobre as Emoções no Cuidar da Criança e Adolescente

U. C. - Estágio com Relatório

Maria Júlia Ferreira Casim, N.º 4002
Hospital D. Estefânia - CHLC
Unidade de Adolescentes

Objectivos Gerais

- Sensibilizar a equipa de enfermagem para o trabalho emocional na relação de cuidados de enfermagem à criança /adolescente e seus cuidadores;
- Promover a reflexão na equipa de enfermagem sobre os cuidados prestados e a relação enfermeiro/cliente e cuidadores.

Objectivos Específicos

- Explicitar os conceitos fundamentais ao trabalho emocional na relação de cuidados;
- Contextualizar o trabalho emocional nos cuidados prestados;
- Discutir em equipa a temática e os seus contributos para a prática.

O que é cuidar...?



CUIDAR...

- "empreendimento (...) que define quer o enfermeiro, quer a pessoa e ainda o nível de **espaço e tempo**";
- "requer **estudos sérios, reflexão, acção** e uma pesquisa para novos **conhecimentos** que ajudarão a descobrir novos **significados da pessoa e do processo de cuidar**, durante as **experiências de saúde-doença.**"

(Watson, 2002, p.56)

Trabalho Emocional

- Contacto directo facial ou vocal com o cliente;
- Através de uma postura específica, verbal e não verbal [por parte do enfermeiro] pretende-se a **produção de um determinado estado emocional no cliente.**

(Hochschild, 1983; Gray, 2009; Gray e Smith, 2009)

O Trabalho Emocional em Pediatria



"**Motivação** dos enfermeiros para ajudar associada à **afeição** que sentem pelas crianças e à **missão da enfermagem** que estes abraçam [cuidar]" (Diogo, 2012, p. 159)

O **Afecto** como parte integrante e essencial no desenvolvimento infantil e juvenil e nos cuidados. (O'E, 2010)

"a **participação de todo o eu**, usando toda a dimensão da pessoa como uma **fonte no relacionamento profissional** [envolvimento]" (Watson, 2002:15).

Investimento na relação, através de uma vontade construtiva que envolve o uso terapêutico das emoções, na relação de cuidados. (Watson 2002, Diogo, 2012).



O Uso Terapêutico das Emoções...



(Adaptado de Diogo, 2012)

Ambiente Seguro e Afectuoso

- “uma ambiente seguro e afectuoso através de um ambiente hospitalar **humanizado**, associado ao ambiente físico [tem] uma influência muito grande entre si e na transformação da emocionalidade vivida pelos clientes” (Diogo, 2012, p.178):
 - Acolher;
 - Cumprimentar;
 - Expressões de afecto;
 - Gerar ambiente familiar;
 - Sintonia com o mundo infantil (criança), através da brincadeira, cantar, contar histórias...

Nutrir os Cuidados com Afecto...

COMO?	QUANDO?	MODOS
<ul style="list-style-type: none"> • Sorriso; • Voz Embalada e Suave; • Olhar Meigo; • Expressões de carinho, com "testas", colo... 	<ul style="list-style-type: none"> • Momentos próprios (despedidas, início de uma interação...); • Vinculado aos procedimentos (procedimentos dolorosos...); Este envolver todos os cuidados e inclui o ambiente e relação entre colegas 	<ul style="list-style-type: none"> • Espontâneo (que se expressa naturalmente nos cuidados); • Intencional (alívio da dor ou sofrimento, planeamento de cuidados...)

Traz tranquilidade, bem-estar e minimiza o sofrimento. Permite a colaboração dos clientes nos cuidados e procura consolidar a relação terapêutica e de confiança.

(Diogo, 2012, p. 129)

Gerir as Emoções dos Clientes

Gestão Emocional de Antecipação	Gestão das Emoções Reactivas
- Postura calma e carinhosa;	- Envolver a família nos cuidados;
- Mostrar disponibilidade;	- Explicar e esclarecer dúvidas;
- Preparação para procedimentos;	- Fazer pausas;
- Fornecer explicações/informações;	- Fomentar a esperança;
- Favorecer a expressão de sentimentos;	- Colocar-se ao lado;
- Dar reforço positivo;	- Dar carinho;
- Distração;	- Diferenciar os momentos;
	- Desviar o foco de atenção;
	- Encorajar e restringir.

(Diogo, 2012, p. 130)

Construir a Estabilidade na Relação

Envolvimento Emocional

- Proximidade;
- Conhecimento Mútuo;
- Confiança (...);

Gestão de Episódios Conflituosos

- Abordagem Calma e de Controlo;
- Dar espaço para a expressão;
- Desmontar o problema;
- Não fazer juízos de valor.

Equilíbrio de Poderes

- Formula de decisão partilhada;
- Dar espaço à função parental;
- Colaboração mútua;
- Participação do cliente e cuidadores;
- (...)

(Diogo, 2012, p. 146)

“Quero ensinar-te o que aprendi, mas quero oferecer-te sem nada te cobrar, porque farás com essa aprendizagem algo diferente do que fiz eu. E sei que, de alguma forma, encontrarás maneira de me dizer o que fizeste diferente e porquê.”

(Bach, 2003, p. 102)

Bibliografia

- Bach, P. (2003). *Deus não é o Pai, não é Mãe e não é Filho: A Última Palavra de Cristo de Espiritismo*. (Vol. 1). p. Coimbra: Quatro Milhões.
- Bach, P. (2003). *Mensagem para Crianças*. Curitiba: Arquipa Edições.
- Crivano, T. d. A. (2003). *Atuação dos Cuidas de Crianças Hospitalizadas*. p. 7. São Paulo: D. d. A. Crivano Editora.
- Crivano, T. d. A., Diniz, B., Rêgo, Z. A., Costa, J. G. (2003). *Exatidão e Depressões de Hospitalizados e Escolares Patientes*. *Acta Clinica*, 4(4), 09-13.
- Duque, P. G. (2011). *Tudo isso que aprendi com Espiritismo e Análise: Um Processo de Maturação da Experiência Existencial*. Aracaju: Editora Lumen Livros.
- Gray, B. (2003). *The Emotional Labour of Nursing - Defining and Managing Emotions in Nursing Work*. *Nurse Education Today*, 18, 681-93.
- Gray, B., Smith, P. (2003). *Emotional Labour and the Clinical Settings of Nursing care: the proposition of nurses in east London*. *Nurse Education in Practice*, 3(4), 163-170.
- Hochschild, A. (1983). *The Managed Heart: Commercialization of Human Feeling*. Berkeley: University of California Press, Ltd.
- José, H. (2003). *Respostas de um Anjo: História e interpretação Histórica*. Ipanema: Lumen Livros.
- Motta, M., Santos, C., Torres, G., Casarido, L., Freitas, M., Ribeiro, L., et al. (2003). *Atuação Social & Saúde: A Saúde dos Admitidos Hospitalares Relativos do Instituto ABC São Paulo*. Aracaju: Editora Social e Saúde.
- Oliveira, A. M. G. (2003). *Respostas de Anjos das Crianças: Representações Sociais de Mãe, do Serviço de Admissão no Admitido no Hospital Fundação Calouste Gulbenkian*.
- Ribeiro, B. Costa, J. (2010/Março). *Using Poetry to Discover and Share Significant Meanings in Child and Adolescent Mental Health Nursing*. *Journal of Child and Adolescent Nursing*, 2(1), 1-10.
- Saúde, D. - G. d. (2003). *Programa Nacional de Saúde dos Hospitalizados*. (D. G. d. Saúde, Ed.) Lisboa.
- Zingales, K. Costa, S. (2003). *Práticas que Excluem Criticamente Barred Children Health Health*. *Qualitative Health Research*, 13(10), 1451-1475.
- Waller, J. (2003). *Espiritismo e Ciência: Uma Teoria de Espiritismo*. Lourenço: Lumen Livros.

Apêndice XIV

Atividade Algoritmo de Atuação em Enfermagem sobre o Trabalho Emocional com
Adolescentes



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

**Unidade Curricular:
Estágio com Relatório**

Algoritmo de Atuação em Enfermagem sobre o Trabalho Emocional com Adolescentes

**Estágios: Serviço de Urgência, Unidade de
Cuidados Intensivos Pediátricos e Unidade
de Adolescentes – Centro Hospitalar de
Lisboa Central**

Docente:
Prof.ª Paula Diogo

Discente:
Maria João Caeiro Nº4002

Lisboa
2012-2013

Contextualização

Durante o estágio no Serviço de Urgência do Hospital D. Estefânia constatei que todo o processo enfermagem acontece de forma rápida e direcionada para as necessidades dos clientes, a fim de responder ao problema que os conduz a este serviço. Enquadrando a temática do projeto a que me propus desenvolver, e na qual os adolescentes são os clientes da faixa etária eleita, procurei desenvolver um instrumento de atuação que mobilizasse estratégias associadas ao trabalho emocional, específicas para adolescentes, em formato de algoritmo. A pertinência deste instrumento deriva do seu caráter de rápida consulta, específico para as respostas emocionais que poderão estar patentes no adolescente. Permite também ao enfermeiro ter uma intervenção sustentada em evidência científica, esquematizada e de simples utilização, procurando que a qualidade dos cuidados prestados aos adolescentes seja uma realidade, contribuindo para atenuar e gerir as vivências emocionalmente intensas e de tonalidade negativa associadas à experiência de doença e hospitalização (Diogo, 2012a,b).

Da minha experiência e observação realizada nos estágios, o trabalho emocional desenvolvido “é muitas vezes inconsciente ou semi-consciente” (Smith, 2012, p. 12), ao desenhar este instrumento considerei a importância de o mobilizar nos estágios que tive oportunidade desenvolver. Por este motivo, este algoritmo de atuação inicialmente foi pensado para aplicação no serviço de urgência, mas de acordo com a utilidade e versatilidade deste nos restantes campos de estágio, pelo seu contributo nos cuidados, levou a que este instrumento fosse também aplicado na unidade de cuidados intensivos pediátricos e na unidade de adolescentes. Desejavelmente este instrumento seria aplicado nos serviços onde existisse a possibilidade de prestação de cuidados a adolescentes, o que foi realizado desde a elaboração deste.

Finalidade / Justificação

O adolescente atravessa uma fase de profundas alterações a nível do seu crescimento e desenvolvimento. O envolvimento social com o grupo de pares e

relações íntimas, a procura pela autonomia face à família, numa busca pela sua identidade e pela definição de um futuro, associado a um raciocínio que já demonstra complexidade e a uma maturação física (Opperman & Cassandra, 2001; Papalia *et al.*, 2009; Matos *et al.*, 2010; Sprinthall & Collins, 2011) enquadra as características únicas do adolescente e da fase de adolescência. Estas são um desafio para os enfermeiros, que procuram estabelecer uma relação terapêutica com o cliente, adolescente. Esta relação, especial e única, concorre com a intencionalidade que lhe é inculcada, na “intervenção profissional da enfermeira junto do cliente, ou terapêutica de enfermagem, que faz parte de um processo de decisão que tem como finalidade contribuir para o bem-estar do cliente” (Basto, 2005, p.26). Esta relação incorpora o envolvimento necessário para que os intervenientes encontrem um sentido nesta mesma relação, a qual contribui para o equilíbrio harmonioso entre as “três esferas do ser – mente corpo e alma” (Watson, 2002, p.97), e onde as emoções desempenham um papel fulcral no estabelecimento desta harmonia. O conceito de cuidar deve então tomar a “relevância pela pessoa e pela vida humana, valores não paternalistas que estão relacionados com a autonomia humana e liberdade de escolha” (Watson, 2002, p. 65), inscrito no Paradigma da Transformação da disciplina prática de enfermagem, no qual assenta a importância de olhar cada cliente como “único mas em interação com tudo o que o rodeia” (Lopes, 2001, p. 44). Ao enquadrar a experiência do cliente, na relação de cuidados, esta é privilegiada como um “momento de aproximação (...) [que] oferece às duas pessoas a oportunidade de decidir como estar na relação [e] o que fazer com esse momento (...) no qual ambas as pessoas estão envolvidas” (Watson, 2002, p. 105-106).

A identificação das respostas emocionais do adolescente é um passo essencial para direcionar as ações/intervenções, e como tal figura no algoritmo de atuação enquadrado no início da interação. Cada uma das respostas emocionais identificadas no algoritmo encontra significado na postura verbal e não verbal do cliente, e para a qual é imprescindível a empatia emocional (Morse *et al.*, 2006; Diogo, 2012a) por parte do enfermeiro que identifica a resposta emocional. Estas podem ser variadas, como choroso, falador, nervoso, silencioso, escarnekedor, provocador, hostil, agressivo ou calmo e confiante (OE, 2010). Para cada uma

destas enquadra-se uma pequena explicação sobre as características de cada um, com base no Guia Orientador de Boas Práticas na Entrevista ao Adolescente (OE, 2010), e de acordo com este são também direcionadas algumas estratégias de forma a conseguir estabelecer proximidade e iniciar uma interação. Outras estratégias enquadradas em cada resposta emocional derivam da dimensão emocional nos cuidados e do trabalho emocional inerente a estes, mobilizando as estratégias encontradas na literatura, que serão analisadas de seguida. Saliento também o contributo da minha experiência profissional junto de adolescentes, que permitiu enquadrar as estratégias em cada resposta emocional e a sua adequação nestas.

O conceito de trabalho emocional tem a sua origem na sociologia e é definido como a capacidade de “induzir ou suprimir sentimentos [no enfermeiro] de forma a expressar uma determinada fisionomia exterior, e através desta produzir um determinado sentimento no outro” (Hochschild, 1983, p.7). Este conceito procura um envolvimento tal por parte de quem o utiliza como ferramenta, que abrange a mente e o sentimento, devendo ser honrado pela sua especificidade, profundo na sua essência e individualidade (Hochschild, 1983). Os elementos determinantes no trabalho emocional são tecidos pelo contacto direto facial ou vocal com o cliente; a produção de um determinado estado emocional no cliente, e permitir que através de treino e supervisão regular um grau de controlo sobre as atividades emocionais dos trabalhadores [enfermeiros] (Hochschild, 1983). Este conceito é aplicado e desenvolvido na enfermagem em estudos pioneiros realizados por Pam Smith no início dos anos 1990. Estas características são exploradas em estudos mais recentes de Gray (2009), Gray e Smith (2009), e Smith (2012), que relevam o “potencial valor terapêutico do trabalho emocional” (Gray & Smith, 2009, p.253), não só para os cuidados mas para o próprio enfermeiro (Mauder, 2008; Smith, 2012; Diogo, 2012a). O conceito de trabalho emocional aplicado à enfermagem pediátrica é da máxima pertinência, salientando que “os enfermeiros atuam na emocionalidade dos clientes no sentido de a atenuar, sendo uma dimensão prática de cuidados que se inscreve no ato de cuidar (Diogo, 2012a, p. 177). A mesma autora salienta esta intervenção sustentada nas emoções como ferramenta essencial para “transformar positivamente a experiência de doença e hospitalização da criança/jovem e sua

família, complementando as outras dimensões do cuidar” (Diogo, 2012a, p. 177). A equipa de enfermagem representa nos cuidados que presta um suporte emocional substancial que é muito valorizado pelos clientes (Woodgate, 2006; Diogo, 2012a)

Uma ferramenta determinante do trabalho emocional em enfermagem pediátrica é a sensibilidade vigilante (Diogo, 2012a), que torna os enfermeiros mais despertos para o estado emocional do adolescente, que se traduz na “atenção para com as emoções de modo a moldar o seu agir (...) [identificando] as suas necessidades e desenvolverem os cuidados (...) [permanecendo] em constante vigilância [do estado emocional do cliente]” (Diogo, 2012a, p. 132). Esta sensibilidade específica não seria possível sem **empatia emocional**, que se revela em todo o processo de cuidados, caracterizada pela capacidade do enfermeiro ser sensível às necessidades e especialmente às vivências emocionais no cliente, procurando que o próprio cliente sinta esta atenção e cuidado dirigido ao próprio (Delaney, 2006; Morse *et al.*, 2006; Diogo, 2012a). Ao estabelecer uma relação com o adolescente, importa respeitar o espaço e privacidade do adolescente, sem ter uma abordagem moralista ou paternalista (Opperman & Cassandra, 2001; Crnković *et al.*, 2009). A imagem corporal do adolescente, associado ao crescimento reforça a importância que este dá à privacidade e respeito pelo seu corpo e à forma como este é cuidado (Hockenberry *et al.*, 2006; Papalia *et al.*, 2009; Phromsivarak, Scharf, Westfall & Pate, 2010). A OE (2010) reforça a importância do enfermeiro cuidar do adolescente respeitando os seus gostos, não intervindo de forma paternalista, encontrando no cliente um “ser único em que as [suas] múltiplas dimensões formam uma unidade” (Lopes, 2001, p. 45), e como tal, a privacidade e confidencialidade, para além de direitos consagrados no Código Deontológico do Enfermeiro (OE, 2003), encontra uma profunda valorização no adolescente, contribuindo para o estabelecimento da relação de confiança e o sentimento no adolescente que é considerado e respeitado.

A identificação das diferentes respostas emocionais do adolescente é então essencial para uma intervenção direcionada e singular, que tem como base a relação enfermeiro-doente (OE, 2010). Todas as ações/interações, dependem da resposta emocional, mas têm a intencionalidade de atenuar ou minimizar a vivência de situações emocionalmente intensas, procurando gerir as emoções deste,

evitando que ocorram picos emocionais, promovendo o autocontrole, (Williams & Irurita, 2006; Hockenberry *et al.*, 2006; Diogo, 2012a) importante para o adolescente. As situações emocionalmente intensas e perturbadoras acrescentam sofrimento à experiência de doença e hospitalização, e uma das principais finalidades da Enfermagem é prevenir, atenuar ou aliviar o sofrimento do cliente (Diogo, 2012a,b). As estratégias mobilizadas ao longo do algoritmo procuram adequar a ação/interação e direcioná-la de forma a que o cliente encontre “significado na sua existência, na desarmonia, no sofrimento e no tumulto, promovendo o autocontrole, a escolha e a auto-determinação nas decisões de saúde/doença” (Watson, 2002, p.87).

Para além da disponibilidade, essencial na relação de cuidados (Diogo 2006; Woodgate, 2006; Diogo 2012a), outros *pequenos gestos* (Hesbeen, 2000) poderão ser fortalecedores da relação de confiança que se deseja atingir. Importa informá-lo do processo de cuidados, e estar disponível para as dúvidas que poderão surgir (Opperman & Cassandra, 2001; Crnković *et al.*, 2009), enquadrado no dever de informar sobre os cuidados a prestar para que possa decidir sobre este (OE, 2003). A informação para o adolescente é importante, considerando que a saúde é um elemento valorizado por este (Crnković *et al.*, 2009). A forma como é dada a informação também influencia os cuidados (Hockenberry *et al.*, 2006), reforçando a importância do trabalho emocional para o fortalecimento da relação e da confiança, não permitindo que seja equiparado a uma criança, muito menos tratá-lo como tal (Crnković *et al.*, 2009). Também sugerir que os pais ou cuidadores se ausentem do espaço de cuidados, para que o adolescente fique mais confortável, respeitando o seu direito à privacidade e intimidade, muito valorizado pelo adolescente (Opperman & Cassandra, 2001; Papalia *et al.*, 2009; OE, 2010).

Os procedimentos dolorosos, mesmo que sejam uma vivência que afete o adolescente, este tende a reagir com aparente controlo na situação (Hockenberry *et al.*, 2006), mas o medo destes é um sentimento presente (Crnković *et al.*, 2009), pelo que a sensibilidade vigilante deverá estar presente nos cuidados, devendo o enfermeiro intervir em estratégias para minimizar a dor, e que devem ser utilizadas mesmo quando o adolescente refira não ter receio ou não ter dor.

Diferentes formas de distração também poderão agradar ao adolescente, e que o poderá acalmar ou evadir de um pensamento que o incomoda, pelo que falar com o adolescente sobre temas do seu agrado, como a escola, amigos, família, atividades de tempos livres (Crnković *et al.*, 2009; Helseth & Misvær, 2010), incentivar à escrita (Raingruber, 2004) ou música (Tervo, 2001; Zengerle-Levy, 2004; Oliveira, 2008), utilizar o humor nos cuidados diários ou como forma de *quebrar o gelo* (Diogo 2006; José, 2010; Diogo 2012a). O incentivo ao contacto com o exterior também deve ser estimulado, especialmente com o seu grupo de amigos (Hockenberry *et al.*, 2006; Crnković *et al.*, 2009; Helseth & Misvær, 2010), que poderão ser um suporte essencial numa situação de doença. No internamento o adolescente deverá ser informado que os seus amigos o poderão visitar, de acordo com as dinâmicas e regras dos serviços onde se encontram.

O processo relacional que o algoritmo pretende reproduzir nos cuidados integra, além da conceção de trabalho emocional em enfermagem (Diogo, 2006; Gray, 2009; Gray & Smith, 2009; Smith, 2012; Diogo 2012a,b), as suas três fases – início da interação, procedimento e fim da interação - com base na investigação de Lopes (2006). De facto, é difícil desvincular cada uma das componentes entre si, uma vez que estas se influenciam mutuamente, tendo como pressuposto que o cliente é “um ser único em que múltiplas dimensões formam uma unidade” (Lopes, 2001, p. 45).

Planeamento e Execução

O interesse em elaborar um algoritmo de atuação já me acompanhava desde o início dos estágios, mas a disponibilidade para me dedicar a este foi suplantada por outras atividades. Este instrumento orientador da prática de cuidados foi planeado inicialmente para aplicação no serviço de urgência, como já foi referido acima, e por isso a sua concretização decorreu durante o estágio em urgência pediátrica. Foi então realizada uma pesquisa bibliográfica, alguma da que já havia sido mobilizada no projeto, e foi elaborado um esboço do algoritmo, com base na bibliografia e também com grande contributo da minha experiência de cuidados junto de

adolescentes. Este foi sofrendo alterações, através de orientações precisas que a professora orientadora foi realizando, face à evolução do trabalho. Importa salientar que antes da apresentação do algoritmo em cada serviço, procurei certificar-me que este se enquadrava na dinâmica de cuidados de cada serviço, e se este seria útil. Muitas das estratégias mobilizadas nos cuidados prestados pela equipa de enfermagem já continham alguns elementos que figuram no algoritmo. Ainda assim, a esquematização das ações/interações procuram espelhar os cuidados na importância do trabalho emocional e na intencionalidade terapêutica inerentes aos cuidados.

Foi então apresentado o algoritmo aos enfermeiros chefes de cada serviço e os enfermeiros orientadores, os quais concordaram e validaram a sua utilidade e operacionalização, permitindo que este fosse divulgado e exposto nos serviços, em local acessível a toda a equipa de enfermagem. A divulgação foi realizada durante a formação em serviço realizada no Serviço de Urgência, na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos e na Unidade de Adolescentes (Apêndice XIII). A exceção a este planeamento foi no serviço de urgência, o qual a aplicação do instrumento só foi possível após o término do estágio, uma vez que a elaboração do algoritmo foi durante este estágio, com o conhecimento da enfermeira orientadora e do enfermeiro chefe. Porém, na formação em serviço realizada, o algoritmo foi referido e a equipa teve conhecimento que este seria disponibilizado, sendo informada que no momento da apresentação este estava ainda em fase de execução.

No Serviço de Urgência o algoritmo ficou disponível em dois locais específicos, na sala de tratamentos e na sala da pequena cirurgia. Esta localização foi escolhida devido a ser as valências onde existe uma interação mais prolongada, na qual os cuidados têm uma vertente forte de trabalho emocional (da minha observação e análise de situações de cuidados) e de estratégias que o algoritmo sugere. Porém, agora terminado o estágio, considero que também teria sido pertinente a existência de um exemplar no serviço observação [SO], que tem características semelhantes a um internamento, como descrito no Apêndice I.

Na Unidade de Cuidados Intensivos o algoritmo foi também disponibilizado no espaço comum, junto dos quartos (à entrada). Este foi o espaço que pareceu mais

adequado, após discussão com a enfermeira orientadora, uma vez que não existe um espaço físico apenas para a equipa de enfermagem, o local escolhido permite a consulta do algoritmo antes de iniciar algum cuidado específico, sendo de fácil acesso. Na Unidade de Adolescentes o algoritmo foi exposto na sala de trabalho de enfermagem, (Imagem 8). Este espaço é de uso quase exclusivo da equipa de enfermagem.

Imagem 8. Sala de Trabalho de Enfermagem, Unidade de Adolescentes, HDE.



De seguida apresenta-se o algoritmo de atuação em enfermagem.

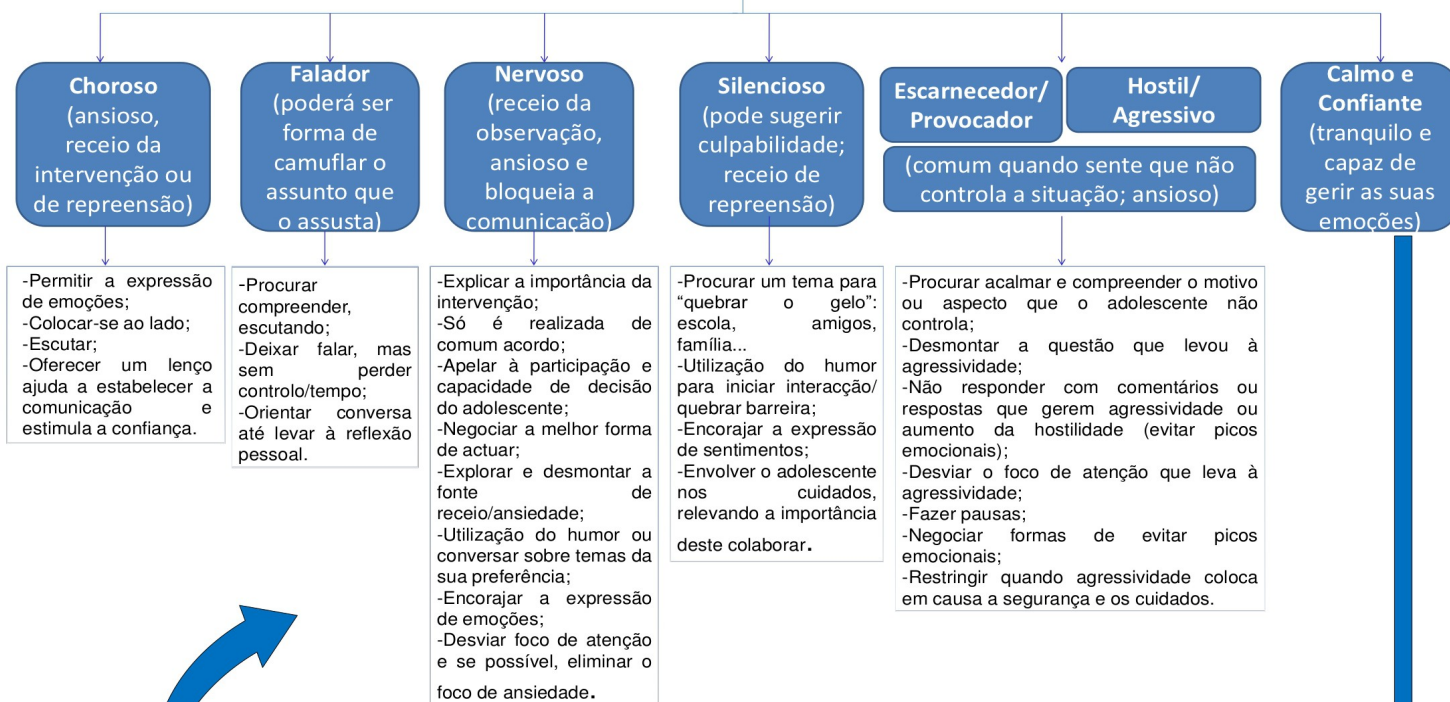
O Trabalho Emocional com Adolescentes: Algoritmo de Atuação em Enfermagem

Início da Interação

- Apresentar-se, mostrando disponibilidade, postura calma;
- Garantir confidencialidade e privacidade;
- Dirigir as questões e interação ao adolescente.

Conhecer expectativas e motivos expressos e não expressos

Identificar Respostas Emocionais do Adolescente



Ponderar a importância da entrevista ou intervenção sem a presença dos pais ou cuidadores (explicar a importância de respeitar a decisão do adolescente).

Mantém respostas emocionais perturbadoras...

Não

O Adolescente apresenta bem-estar, tranquilidade, confiança e alívio do seu sofrimento emocional?

Sim

Procedimentos

- Mostrar material (se o adolescente quiser);
- Evitar formas infantis de explicar, bem como *infantilizar* a situação ou o próprio adolescente;
- Recorrer a experiências anteriores vividas pelo adolescente;
- Solicitar consentimento para a intervenção;
- Evitar exposição corporal desnecessária;
- Evitar interrupções, especialmente durante o procedimento;
- Favorecer a expressão de sentimentos;

Fim da Interação

- Reavaliar estado emocional do adolescente;
- Dar reforço positivo;
- Evitar juízos de valor;
- Orientação sobre a intervenção/procedimento realizado, sinais de alerta e eventual necessidade de reavaliação;
- Reforço de comportamentos positivos;
- Informar sobre a disponibilidade da equipa de enfermagem.

EMPATIA EMOCIONAL



Avaliação

A importância deste instrumento para os cuidados foi já salientada. Porém, a sua aplicação revelou uma valorização e consciencialização da importância do trabalho emocional, com a intencionalidade de minimizar o impacto de uma vivência potencialmente intensa associadas à doença e hospitalização. Na minha prática, após a elaboração do algoritmo, e durante os restantes estágios que realizei, este instrumento foi bastante útil e de simples utilização. Também a equipa de enfermagem que tomou conhecimento deste atempadamente, em especial a equipa da Unidade de Adolescentes, considerou-o uma ferramenta indissociável para os cuidados, complementar ao trabalho já desenvolvido mas que sintetiza de forma clara a importância das emoções nos cuidados e como a sua gestão poderá fazer a diferença na prática de cuidados.

Para além do desafio que representou a construção deste algoritmo, por ser um trabalho inédito que não havia ainda sido realizado na esfera científica, foi algo que colocou à prova para a mobilização de conhecimentos científicos sobre o tema, mas também as minhas competências relativamente à capacidade de síntese e relação entre diferentes conceitos. Porém, foi um trabalho muito gratificante e estimulante, que resultou num instrumento que acima de tudo, traz visibilidade à enfermagem como ciência e como arte (Watson, 2002), procurando a evolução e a qualidade dos mesmos. Por este motivo, será elaborado um artigo sobre este instrumento, para divulgação na comunidade científica, numa revista da especialidade.

Contributos para a aquisição de competências de enfermeira especialista em ESCJ (DR, 2011)

Como futura enfermeira especialista, a promoção de “práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (DR, 2011, p. 8650) revela-se pela importância dada aos cuidados e à qualidade destes, no sentido de “basear a (...) *práxis* clínica especializada em sólidos padrões de conhecimento” (DR, 2011, p. 8653), procurando criar e manter “um ambiente terapêutico e seguro” (DR, 2011, p. 8651), através da sensibilização dos enfermeiros

para as práticas baseadas na evidência e na qualidade dos cuidados. Este algoritmo emerge da prática, mas também retribui aos cuidados a sua importância, uma vez que as intervenções vão ao encontro da negociação e da participação do adolescente e família no processo de cuidar, procurando a independência e bem-estar do cliente (DR, 2011). A adequação das intervenções, desde uma comunicação adaptada aos diferentes intervenientes, sugerindo estratégias e técnicas, também estas direcionadas para as características do adolescente, e que procuram motivá-lo para assumir o seu papel na tomada de decisão responsável, alívio da dor e inclusive na negociação do contrato de saúde com este (DR, 2011). A sensibilidade vigilante da qual deriva a empatia emocional (Diogo, 2012a), permite que o enfermeiro esteja atento e avalie os conhecimentos e comportamentos do adolescente face à sua saúde (DR, 2011), e por isto é tão importante a avaliação dos aspetos emocionais do cliente.

Importa também conhecer bem as características do crescimento e desenvolvimento do adolescente, bem como promover atividades e estratégias que privilegiem não só o desenvolvimento harmonioso, mas também o bem-estar emocional do cliente, facilitando a expressão das suas emoções (DR, 2011). Ao estar disponível para estas, permite que o adolescente lide bem com a situação que o fez procurar ou enfrentar a necessidade de cuidados, encontrando forma de este manter a sua autonomia, reconhecer o seu direito à privacidade e confidencialidade (OE, 2003), a autoestima através do reforço da imagem corporal positiva, incentivando à autodeterminação nas escolhas relativas à sua saúde (DR, 2011). Todas estas ações/interações concorrem para que a “negociação do contrato de saúde com o adolescente” (DR, 2011, p. 8655) seja uma realidade, pautada pela “consideração e relevância pela pessoa e pela vida humana (...) relacionados com a autonomia humana e liberdade de escolha” (Watson, 2002, p. 65).

Referências Bibliográficas

Basto, M. (2005, Janeiro/Junho). Da (in)visibilidade do trabalho das enfermeiras à produção de saberes em enfermagem: cuidados prestados num centro de saúde. *Revista Portuguesa de Saúde Pública*, 23(1), 25-41.

Crnković, M., Divčić, B., Rotim, Ž. & Čorić, J. (2009). Emotions and Experiences of Hospitalized School age Patients. *Acta Clin Croat*, 48(2), 125-135.

Delaney, K. (2006). Top 10 Mileu Interventions for Inpatient Child/Adolescent Treatment. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 19(4), pp. 203-214.

Diogo, P. (2006). *A Vida Emocional do Enfermeiro – Uma Prespetiva Emotivo-Vivencial da prática de Cuidados*. Coimbra: Formasau.

Diogo, P. (2012). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica, Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. Loures: Lusociência.

Diogo, P. (2012b, Novembro). O Trabalho Emocional em Enfermagem como foco de Investigação e Reflexão. *Salutis Scientia – Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*, 4, 1-9.

Enfermeiros, O. d. (2003, Maio). *Código Deontológico do Enfermeiro: Anotações e Comentários*. (O. d. Enfermeiros, Ed.) Lisboa.

Enfermeiros, O. d. (2009, Dezembro). *Sistema de Individualização das especialidades clínicas em enfermagem- perfil de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista*. (O. d. Enfermeiros, Ed.) Lisboa.

Enfermeiros, O. d. (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica* (Série I, N.º3, Vol. 1). (O. d. Enfermeiros, Ed.) Lisboa.

Gray, B. (2009). The Emotional Labour of Nursing – Defining and Managing Emotions in Nursing Work. *Nurse Education Today*, 29, 168-175.

Gray, B. & Smith, P. (2009). Emotional Labour and the clinical settings of nursing care: the perspectives of nurses in east London. *Nurse Education in Practice*, (9), pp.253-261.

Helseth, S. & Misvær, N. (2010). Adolescents' perceptions of quality of life: what it is and what matters. *Journal of Clinical Nursing*. 19, 1454-1461.

Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital: Enquadrar os Cuidados de enfermagem numa Perspectiva de Cuidar*. Loures: Lusociência.

Hochschild, A. (1983). *The Managed Hearth. Commercialization of Human Feeling*. Berkeley: University of California Press, Ltd.

Hockenberry, M.; Wilson, D. & Winkelstein, M. (2006). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica (7.ª Edição)*. Rio de Janeiro: Elsevier.

José, H. (2010). *Resposta Humana ao Humor: Humor como Resposta Humana*. Loures: Lusociência.

Lopes, M. (2001). *Concepções e Desenvolvimento Sócio-Moral: Alguns dados e Implicações (2.ª Edição)*. Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

Lopes, M. (2006). *A Relação Enfermeiro-Doente como Intervenção Terapêutica. Proposta de uma Teoria de Médio Alcance*. Coimbra: Formasau.

Matos, M., Simões C., Tomé, G., Camacho, I., Ferreira, M., Ramiro, L., *et al.* (2010). *Aventura Social & Saúde: A Saúde dos Adolescentes Portugueses, Relatório do Estudo HBSC 2010*. Lisboa: Aventura Social e Saúde.

Maunder, E. (2008, Junho). Emotion management in children's palliative care nursing. *Indian J Palliative Care*, 14 (1), 45-50.

Morse, J. M.; Bottorff, J.; Anderson, G.; O'Brien, B. & Solberg, S. (2006). Beyond Empathy: Expanding Expressions of Caring. *Journal of Advanced Nursing Compliation*. 30th Aniversary Issue, Blackwell Publishing Ltd., pp. 75-87;

Oliveira, A. (2008). *Ilusões na Idade das Emoções, Representações Sociais da Morte, do Suicídio e da Música na Adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Opperman, S. & Cassandra, K. (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Loures: Lusociência.

Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (2009). *O Mundo da Criança, da Infância à Adolescência* (11.ª Edição). São Paulo: McGraw-Hill.

Phromsivarak, S; Scharf, M.; Westfall, S. & Pate, M. (2010, Fevereiro). I'm more than my Physiology Adolescent Trauma Patient in the Pediatric Intensive Care Unit. *Critical Care Nurse*, pp. 14-18.

Raingruber, B. (2004, Janeiro-Março). Using Poetry to Discover and Share Significant Meanings in Child and Adolescent Mental Health Nursing. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 17 (1), 13-20.

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República n.º 35 – II Série*. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República n.º 35 – II Série*. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde da Criança e do Jovem. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Smith, P. (2012). *The Emotional Labour of Nursing Revisited: Can Nurses Still Care?* (2.ª Edição). Hampshire: Palgrave Macmillan.

Sprinthall, N. & Collins, W. (2011). *Psicologia do Adolescente, Uma Abordagem Desenvolvimentista* (5.ª Edição). Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Tervo, J. (2001). Music Therapy for Adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 6 (1), 79-91.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar, Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Williams, A. & Irurita, V. (2006). Emotional Comfort: The patient's Perspective of a therapeutic context. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 405-415.

Woodgate, R. (2006). The Importance of Being There: Perspectives of Social Support by Adolescents with Cancer. *Journal of Pediatric Oncology Cancer*, 23 (3), 122-134.

Zengerle-Levy, K. (2004, Setembro). Practices that Facilitate Critically Burned Children's Holistic Healing. *Qualitative Health Research*, 14 (9), 1255-1275.

Apêndice XV

Atividade Dossier de Artigos



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

**Unidade Curricular:
Estágio com Relatório**

Atividade
Dossier de Artigos:
Suporte Científico das intervenções
e atividades desenvolvidas no
Serviço de Urgência do Centro
Hospitalar de Lisboa Central E.P.E. -
Hospital D. Estefânia

Docente:

Prof.^a Paula Diogo

Discente:

Maria João Caeiro N^o4002

Lisboa
Dezembro 2012

Contextualização

O estágio no Serviço de Urgência conotou-se por uma grande riqueza de atividades e intervenções, que contribuíram para o meu crescimento pessoal, profissional e académico. Deste, após discussão com enfermeira orientadora sobre as atividades e a temática que envolveu o estágio, considerámos pertinente a elaboração de um dossier de artigos que sustentaram todo o percurso realizado no estágio, como também as atividades que desenvolvi neste. Este documento compila os artigos que

considerarei essenciais, para dar uma panorâmica da temática do trabalho emocional em enfermagem, bem como alguns artigos que encontrei direcionados para o trabalho emocional em pediatria e para a adolescência, nomeadamente em contexto de urgência.

Este documento será também uma forma de divulgação e consciencialização do trabalho emocional, procurando que os elementos que se interessaram pelo tema poderão encontrar uma âncora, onde encontrarão informação sobre a temática e possivelmente ser uma forma de se questionar e procurarem mais sobre o assunto, uma vez que o dossier não tem um carácter exaustivo sobre a temática. Para além do questionamento e reflexão que poderá incutir nos cuidados, desejo também que seja um instrumento que promova a qualidade nos cuidados, de fácil consulta e que permita a identificação do trabalho emocional vinculado aos cuidados de enfermagem prestados.

Finalidade / Justificação

A importância de perspetivar o cliente como “único mas em interação com tudo o que o rodeia” (Lopes, 2001, p. 44) encontra sentido na consciencialização que também o enfermeiro é parte desse ambiente e que influencia o cliente. Neste sentido, “ambos estão num processo de serem e de se tornarem [uma vez que] (...) o enfermeiro pode entrar na experiência de outra pessoa, e o outro pode entrar na experiência do enfermeiro” (Watson, 2002, p.104-106). Esta experiência mútua enquadra-se no envolvimento emocional entre o cliente e enfermeiro, considerado determinante para os cuidados o uso terapêutico do eu [enfermeiro] (Benner, 2001; Watson, 2002; Diogo, 2012).

Os artigos disponibilizados focam então a importância da dimensão emocional nos cuidados, bem como conceitos essenciais que estão ligados ao trabalho emocional, procurando despertar o leitor para o seu enquadramento nos cuidados, inserido na promoção de uma experiência emocional positiva junto do cliente e cuidadores (Diogo, 2012). No seguimento dos conceitos mais gerais sobre a temática, enquadrados no cuidar, a explicitação de estratégias existentes na prática que

promover a recuperação, também conhecido por *healing* (Benner, 2001; Watson, 2002; Zengerle-Levy, 2004) estão ligadas ao processos de cuidar onde o trabalho emocional está intimamente ligado. São destas exemplo o falar com as crianças, adequando ao estágio de desenvolvimento, tocar nas crianças, jogar/brincar com estas, utilização do humor nos cuidados, música como instrumento terapêutico nos cuidados são exemplos patentes na evidência que os cuidados enriquecidos com estas estratégias poderão trazer uma recuperação mais harmoniosa (Zengerle-Levy, 2004). A utilização de intervenções e estratégias que promovam o conforto emocional, permite que o cliente se sinta seguro, valorizado e informado (Williams & Irurita, 2004). A participação do cliente nos cuidados é referido como uma importante forma deste sentir que mantêm o controlo sobre a sua vida (Williams & Irurita, 2006; Hermingway & Redshell, 2011; Diogo, 2012), aspeto extensível aos adolescentes (Hockenberry *et al.*, 2006; Crnković *et al.*, 2009).

Para além dos artigos que se focavam na população pediátrica sem faixa etária específica (Zengerle-Levy, 2004; Crnković *et al.*, 2009), outros artigos mobilizados no dossier focam intervenções e preferências exclusivas dos adolescentes, e que poderão ser importantes dominar no momento de cuidar de um adolescente (Delaney, 2006; Helseth & Misvær, 2010; Hermingway & Redshell, 2011), para além de serem uma base do trabalho desenvolvido durante o estágio. Apesar de não existir muita bibliografia sobre o adolescente em contexto de urgência pediátrica, alguns destes artigos permitem retirar intervenções, adequadas e adaptá-las nos cuidados.

Planeamento e Execução

Foi efetuada pesquisa bibliográfica prévia antes do estágio e no decorrer deste, conforme as necessidades sentidas. Também alguns dos artigos, nomeadamente associados aos conceitos do trabalho emocional, já eram do meu conhecimento desde o primeiro ano do Curso de Mestrado em Enfermagem. Quando foi elaborado o dossier, os artigos nele incluídos já eram por mim mobilizados, sustentando a prática e as atividades desenvolvidas no decorrer do estágio.

Procurei ordená-los de uma forma específica, iniciando pelo mais abrangente, a

temática central do trabalho emocional em enfermagem, afunilando para o trabalho emocional em enfermagem pediátrica, abrangendo todas as idades, uma vez que o Serviço de Urgência recebe a população pediátrica até aos 18 anos menos um dia. Os últimos artigos encontram-se direcionados para as temáticas ligadas à adolescência e estratégias inerentes ao trabalho emocional em enfermagem. Esta ordem permite que o leitor se inteire da temática do trabalho emocional e o que este representa nos cuidados. Com esta abordagem, os artigos mais específicos que direcionam para a pediatria complementam a prática e concorrem para a apropriação dos conceitos de trabalho emocional, contextualizando-o nos cuidados.

Redigi uma nota introdutória que se encontra no fim deste documento para que o leitor se enquadre no motivo do documento ter sido elaborado, os objetivos e as atividades que foram elaboradas no decorrer do estágio, enfatizando que o mesmo não esgota a temática ali explorada.

Avaliação

Este dossier não foi sujeito a avaliação específica, uma vez que é um documento de consulta para todos os enfermeiros que se encontram na prestação de cuidados no contexto de serviço de urgência. Porém, a enfermeira orientadora que leu parte deste documento mostrou-se agradada, em continuidade com o trabalho realizado, sendo uma ferramenta que também constituirá uma mais-valia para os cuidados no serviço. Foi realizada divulgação deste documento também na formação em serviço realizada (Apêndice XIII), ainda que nesse momento o dossier ainda não se encontrava concluído, sendo terminado e facultado posteriormente. A enfermeira orientadora disponibilizando-se a divulgar este dossier de artigos pela equipa de enfermagem do Serviço de Urgência.

Contributos para a aquisição de competências de enfermeira especialista em ESCJ (DR, 2011)

Considerando a importância de sustentar a prática em evidência científica atual, e

promover a divulgação desta, contribui para a melhoria da qualidade dos cuidados e para a divulgação de “experiências avaliadas como sendo de sucesso” (DR, 2011, p.8651). A dimensão emocional do cuidar concorre para que os cuidados sejam direcionados e individualizados, e conseqüentemente para o sucesso dos mesmos. Com esta possibilidade, a equipa poderá proporcionar um “ambiente terapêutico e seguro” (DR, 2011, p.8651). Esta competência comum sublinha a importância da sensibilização dos enfermeiros para a consciencialização do trabalho emocional e os benefícios da integração destes nos cuidados.

A pesquisa que tem vindo a ser realizada, ao longo dos estágios promoveu o meu “auto-conhecimento” (DR, 2011) e transmitir esse conhecimento de forma estruturada, com relevância atual e científica, desta forma através do dossier de artigos, traduzido-se no “desenvolvimento das aprendizagens profissionais (...) [minhas e das equipas de enfermagem dos locais de estágio, procurando basear] a (...) *praxis* clínica especializada em sólidos e válidos padrões de conhecimento” (DR, 2011, p.8652-8653).

A elaboração do dossier surgiu após a observação e clarificação das necessidades formativas da equipa, diagnosticando-as, procurando reunir, através de várias fontes de pesquisa, inclusive mobilizando as tecnologias da informação, que a evidência encontrada traga conhecimento e desenvolvimento para enfermagem (DR, 2011). Para além deste dossier de artigos, também as formações em serviço procuraram colmatar a necessidade formativa encontrada. A divulgação da evidência ligada à dimensão emocional dos cuidados concorre para a qualidade dos cuidados, contribuindo para a prática especializada, devendo estes conhecimentos ser aplicados na prática (DR, 2011). Estes conhecimentos permitem que sejam mobilizadas “estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde” (DR, 2011, p.8654), e facilitando a “comunicação expressiva de emoções” (DR, 2011, p.8655) através das estratégias referenciadas na evidência.

Segue-se a nota introdutória do dossier e respetivo índice, bem como as referências bibliográficas. Optou-se por não se incluir os artigos para não tornar exaustivo o presente trabalho, ficando apenas registado no índice a referência bibliográfica dos

mesmos.



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

**Unidade Curricular:
Estágio com Relatório**

**O Trabalho Emocional no Ato de
Cuidar: Um Olhar sobre as Emoções no
Cuidar da Criança e Adolescente**

Dossier de Artigos

Suporte científico das intervenções e atividades desenvolvidas no Serviço de Urgência do Centro Hospitalar de Lisboa Central E.P.E. - Hospital D. Estefânia

Docente:

Prof.^a Paula Diogo

Orientadora:

Enf.^a Teresa Moura

Discente:

Maria João Caeiro N^o4002

Lisboa
Dezembro 2012

Índice

	Página
Um Olhar sobre as Emoções... ..	3
Referências Bibliográficas	5
Anexos	7
Anexo I - Gray, B. (2009). The Emotional Labour of Nursing – Defining and Managing Emotions in Nursing Work. <i>Nurse Education Today</i> , 29, 168-175. ..	8
Anexo II - Staden, H. (1998). Alertness to the needs of others: a study of the emotional labour of caring. <i>Journal of Advanced Nursing</i> . 27, 147-156.	17
Anexo III - Diogo, P. (2012, Novembro). O Trabalho Emocional em Enfermagem como foco de Investigação e Reflexão. <i>Salutis Scientia</i> –	

<i>Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP</i> , 4, 2-9.	28
Anexo IV - Zengerle-Levy, K. (2004, Setembro). Practices that Facilitate Critically Burned Children's Holistic Healing. <i>Qualitative Health Research</i> , 14 (9), 1255-1275.	37
Anexo V - Crnković, M., Divčić, B., Rotim, Ž. & Čorić, J. (2009) – Emotions and Experiences of Hospitalized School age Patients. <i>Acta Clin Croat</i> , 48(2), 125-135.	60
Anexo VI - Helseth, S.; Misvær, N. (2010). Adolescents' perceptions of quality of life: what it is and what matters. <i>Journal of Clinical Nursing</i> . 19, 1454-1461.	69
Anexo VII - Delaney, K. (2006). Top 10 Mileu Interventions for Inpatient Child/Adolescent Treatment. <i>Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing</i> , 19(4), pp. 203-214.	78
Anexo VIII - Young, T.; Griffin, E.; Phillips, E.; Stanley, E. (2010, Setembro). Music as Distraction in a Pediatric Emergency Department. <i>Journal of Emergency Nursing</i> , 36 (5), 472-473.	91
Anexo IX - Hemingway, P.; Redsell, S. Children and Young People's Participation in Healthcare Consultations in the Emergency Department. <i>International Emergency Nursing</i> , 19, 192-198.	94
Apêndices	103
Apêndice I -Diapositivos apresentados na Formação em Serviço: <i>O Trabalho Emocional no Ato de Cuidar: Um Olhar sobre as Emoções no Cuidar da Criança e Adolescente</i>	104
Apêndice II - <i>O Trabalho Emocional com Adolescentes: Algoritmo de Atuação em Enfermagem</i>	111

Um Olhar sobre as Emoções...

O presente documento decorre de todo o trabalho que foi desenvolvido em contexto de Urgência Pediátrica, no Hospital D. Estefânia, CHLC E.P.E.. O enquadramento deste estágio prende-se com um projeto académico no âmbito do curso de Mestrado em Enfermagem e Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Além de projeto académico, esta caminhada é também um desafio pessoal e profissional, que abarca uma perspetiva holística do cliente pediátrico e seus cuidadores, com enfoque no trabalho emocional desenvolvido pelos enfermeiros no ato de cuidar. Este define contornos específicos e peculiares que modelam a relação enfermeiro-cliente, e que procurei salientar ao longo das atividades desenvolvidas.

Este dossier compila alguns dos artigos que nortearam o meu estágio e as atividades que desenvolvi, as quais se encontram no apêndice I e II. Estas responderam a um dos objetivos propostos: sensibilizar a equipa de enfermagem para o trabalho emocional na relação de cuidados de enfermagem à criança e/ou adolescente e seus cuidadores. A formação em serviço (apêndice I) procura

despertar para as questões específicas do trabalho emocional em pediatria e as estratégias que poderão ser mobilizadas, muitas das quais são já característica e observáveis no quotidiano dos cuidados prestados pela equipa. Porém, ao tornar consciente estas estratégias, permite que a intencionalidade que reveste o cuidar seja incorporada nos cuidados, levando a uma satisfação do cliente e do próprio enfermeiro, bem como à melhoria da qualidade dos cuidados.

Particularmente o algoritmo de atuação em enfermagem, relativo ao trabalho emocional com adolescentes (apêndice II), é também fruto da singularidade do adolescente, inerente às mudanças que crescimento e desenvolvimento lhe proporciona (anexo VI), mas também porque é a faixa etária que procurei estudar, mais especificamente. Por este motivo, a existência de um documento de consulta rápida que pudesse facilitar a intervenção do enfermeiro junto destes clientes com necessidades específicas, culminou no algoritmo que se encontrará nos locais mais comuns para realização de procedimentos e onde poderá ser útil a consulta deste (sala de tratamentos e pequena cirurgia). Porém, o estágio não foi condicionado por este enfoque na população adolescente. Uma vez que o Serviço de Urgência abarca todas as faixas etárias infanto-juvenil (até aos 18 anos menos 1 dia), ou porventura em exceções, adolescentes que por doença crónica sejam ainda seguidos por especialidades pediátricas, considere importante abranger toda esta população na formação realizada.

Os artigos aqui compilados não esgotam o tema nem procuram ser uma visão redutora, mas sim uma forma de divulgar e procurar mostrar que ainda muito poderá ser feito, essencialmente em contextos específicos, como é o exemplo de uma Urgência Pediátrica. Este último aspeto prende-se com o facto de não se encontrar evidência científica suficiente que permita ter uma visão alargada sobre a aplicação ou existência do trabalho emocional em enfermagem no contexto de urgência pediátrica (ainda que ele exista e seja mobilizado na prática observada!).

É também elencado as referências bibliográficas que mobilizei, as quais são referência importante para compreender e aprofundar os conhecimentos relativos ao trabalho emocional em enfermagem, tal como são um contributo essencial para tecer linhas orientadoras que permitiram o sucesso do estágio e desenvolver as

atividades propostas.

Referências Bibliográficas

Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito, Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. (Vol. N.º 3). Coimbra: Quarteto Editora.

Crnković, M., Divčić, B., Rotim, Ž. & Čorić, J. (2009) – Emotions and Experiences of Hospitalized School age Patients. *Acta Clin Croat*, 48(2), 125-135.

Delaney, K. (2006). Top 10 Mileu Interventions for Inpatient Child/Adolescent Treatment. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 19(4), pp. 203-214.

Diogo, P. (2012). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica, Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. Loures: Lusociência.

Diogo, P. (2012b, Novembro). O Trabalho Emocional em Enfermagem como foco de Investigação e Reflexão. *Salutis Scientia – Revista de Ciências da Saúde da ESSCVP*, 4, 1-9.

Gray, B. (2009). The Emotional Labour of Nursing – Defining and Managing Emotions in Nursing Work. *Nurse Education Today*, 29, 168-175.

Helseth, S. & Misvær, N. (2010). Adolescents' perceptions of quality of life: what it is and what matters. *Journal of Clinical Nursing*. 19, 1454-1461.

Hemingway, P. & Redsell, S. Children and Young People's Participation in Healthcare Consultations in the Emergency Department. *International Emergency Nursing*, 19, 192-198.

Hockenberry, M.; Wilson, D. & Winkelstein, M. (2006). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (7.^a Edição). Rio de Janeiro: Elsevier.

Lopes, M. (2001). *Concepções e Desenvolvimento Sócio-Moral: Alguns dados e Implicações* (2.^a Edição). Lisboa: Associação Portuguesa de Enfermeiros.

O. d. (2009, Dezembro). *Sistema de Individualização das especialidades clínicas em enfermagem- perfil de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista*. (O. d. Enfermeiros, Ed.) Lisboa.

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República n.º 35 – II Série*. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República n.º 35 – II Série*. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde da Criança e do Jovem. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Staden, H. (1998). Alertness to the needs of others: a study of the emotional labour of caring. *Journal of Advanced Nursing*. 27, 147-156.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar, Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Williams, A. & Irurita, V. (2004). Therapeutic and Non-Therapeutic Interpersonal Interactions: The Patient's Perspective. *Journal of Clinical Nursing*, 13, 806-815.

Williams, A. & Irurita, V. (2006). Emotional Comfort: The patient's Perspective of a therapeutic context. *International Journal of Nursing Studies*, 43, 405-415.

Young, T.; Griffin, E.; Phillips, E. & Stanley, E. (2010, Setembro). Music as Distraction in a Pediatric Emergency Department. *Journal of Emergency Nursing*, 36 (5), 472-473.

Zengerle-Levy, K. (2004, Setembro). Practices that Facilitate Critically Burned Children's Holistic Healing. *Qualitative Health Research*, 14 (9), 1255-1275.



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

**Unidade Curricular:
Estágio com Relatório**

Atividade “Jornal Jovem”

**Estágio na Unidade de Adolescentes
Hospital D. Estefânia**

Docente:

Prof.^a Paula Diogo

Discente:

Maria João Caeiro N^o4002

Lisboa
Fevereiro 2013

Contextualização

O “Jornal Jovem” é um documento que já havia sido lançado o primeiro número em 2008, na Unidade de Adolescentes, no âmbito do contexto formativo de um dos elementos da equipa de enfermagem. Desde então não foi possível continuar com as edições seguintes, até à data. No presente contexto académico, o reativar deste documento encontra sentido na forma como os adolescentes vivem o internamento e como algumas estratégias encontradas na evidência poderão ser mobilizadas de forma a minimizar as experiências emocionalmente intensas que a hospitalização pode trazer para o adolescente. Algumas destas estratégias poderão ser mobilizadas no “Jornal Jovem”, e que serão descritas na finalidade/justificação.

Finalidade / Justificação

A hospitalização para o adolescente enquadra-se como um momento difícil, pela alteração na sua dinâmica diária, como ir à escola, estar com os amigos, atividades extracurriculares, tão importantes para o cliente (Hockenberry *et al.*, 2006; Papalia *et al.*, 2009; Helseth & Misvær, 2010). Para além deste aspeto, também a capacidade que já apresentam de “compreender os processos internos do organismo e para atender a uma maior complexidade no processo de adoecer e no de curar” (Barros,

2003, p.45), também leva a que a hospitalização seja um evento que lhe cause preocupação e angústia por compreenderem que algo na sua saúde não está bem, mas também devido à perda de controlo sobre a sua vida fora do hospital (Hockenberry *et al.*, 2006).

A Carta da Criança Hospitalizada (2009, p.22) salienta no artigo 6º, a pertinência de atender “as necessidades específicas dos adolescentes (...), procurando oferecer infraestruturas e possibilidades de lazer apropriadas”. Ao trabalhar na Unidade de Adolescentes, direcionada especificamente para esta população com características tão específicas, a sensibilidade vigilante (Diogo, 2012) permite que esteja desperta para a dimensão emocional do cuidado, procurando que “o recetor [liberte] os sentimentos que tem ansiado e desejado expressar; assim a subjetividade humana é restabelecida. Isto é o que chamo de cuidar transpessoal” (Watson, 2002, p.120). Esta possibilidade de fortalecer o cliente de forma a que este adquira “um grau mais elevado de harmonia na mente, no corpo e na alma o que vai gerar processos de auto-conhecimento, auto-respeito, auto-cura e auto-cuidado” (Watson, 2002, p. 87), relacionada com a recuperação desejada, que também é apelidada de *healing* (Benner, 2001; Watson, 2002). O enfermeiro mobiliza na sua prática formas de promover este conceito, tal como incentivar a esperança no cliente e na equipa, acreditando nestes e no seu potencial, procurar compreender cada situação e clarificá-la ao cliente e permitir ao cliente a expressão de emoções, bem como apoiá-lo e encaminhá-lo, se assim for necessário (Benner, 2001).

Ao promover um “ambiente seguro e afetuoso através de um ambiente hospitalar humanizado, associado ao ambiente físico [tem] uma influência muito grande entre si e na transformação da emocionalidade vivida pelos clientes” (Diogo, 2012, p.178). O próprio adolescente quando bem recebido através do acolhimento, poderá começar por se identificar com algum aspeto ou é cativado pelo ambiente, pela forma como é recebido, contribuindo para o sentimento de segurança. O espaço físico também permite envolver o adolescente nos cuidados e no contexto, como que seja a sala de atividades e os projetos ou jogos desenvolvidas nesta, em grupo ou individualmente. Destas, destacam-se atividades em grupo (Hockenberry *et al.*, 2006; Papalia *et al.*, 2009, Cordeiro, 2009), ver televisão e estar no computador,

acessando à Internet (Hockenberry *et al.*, 2006), ouvir música (Tervo, 2001; Zengerle-Levy, 2004; Avers *et al.*, 2007; Oliveira, 2008) e expressar as suas emoções e pensamentos através da escrita e leitura (Opperman & Cassandra, 2001; Raingruber, 2004). Saliendo a importância da escrita, quer “em forma de prosa ou poema, os adolescentes usam a escrita para libertar angústias e medos, ou a celebrar sensações e êxitos” (Cordeiro, 2009). Inclusive os jornais de poesia traduzem um trabalho emocional positivo nos adolescentes, ajudando-os a lidar com sentimentos e emoções intensas (Raingruber, 2004). Esta capacidade enquadra-se no desenvolvimento da compreensão de conceitos abstratos e na aquisição de um vocabulário complexo (Papalia *et al.*, 2009). Quando este tipo de produção é feita, o conteúdo é privilegiado em relação à forma (Cordeiro, 2009) e tão importantes são que, quando o autor dá a sua autorização, “os escritos da juventude são merecedores de um melhor reconhecimento e maior divulgação (...) daí a importância dos jornais” (Cordeiro, 2009, p. 531).

As diferentes formas de expressão artística e atividades com trabalhos manuais também são do agrado de grande parte dos adolescentes, e “para a maioria dos adolescentes, as artes – música, escultura, pintura (...) e outras formas de expressão plástica e de criatividade – não preenchem na sua vida o espaço que deveriam” (Cordeiro, 2009, p. 532). Por este motivo, procurei abranger grande parte das atividades que são realizadas pelos adolescentes durante a sua hospitalização, associadas a uma vivência emocional positiva durante a hospitalização e que, de facto, permitem a expressão de sentimentos e o alívio da pressão (Diogo, 2012) associados à hospitalização. Este jornal converge então para a expressão de sentimentos, sendo um canal de informação sobre o que de bom existe no internamento, ou o que foi desenvolvido durante o período que nele permaneceram, na perspectiva de outros adolescentes que já estiveram hospitalizados na unidade. Esta intervenção, é intencionada para que quem está hospitalizado encontre uma forma de distração, participando em projetos que também sejam estimulantes (Hockenberry *et al.*, 2006) e que as vivências potencialmente intensas sejam transformadas em vivências positivas e gratificantes para os diferentes intervenientes, adolescentes hospitalizados hoje, o adolescente hospitalizado amanhã e a equipa de enfermagem. É neste contexto procuro que a enfermagem se

evidencie “como um processo de cuidar de humano-para-humano” (Watson, 2002, p. 69).

Planeamento e Execução

O “Jornal Jovem” foi planeado com alguma antecedência do estágio na Unidade de Adolescentes (que foi o último a ser realizado, em Fevereiro), uma vez que era uma atividade que já havia pensado realizar, e ponderei que o contributo do adolescentes para o “Jornal Jovem” poderia ser irregular. De acordo com Elkind citado por Papalia *et al.* (2009), ainda que o adolescente seja capaz de recorrer ao pensamento abstrato, nem sempre sabem lidar da melhor forma com este. Uma das características deste aspeto é a indecisão, expressa por existir múltiplas possibilidades sem que estas sejam ponderadas e aceites como concretas e de forma decisiva (Papalia *et al.*, 2009). Ao conhecer esta possibilidade de indecisão por parte dos adolescentes, da minha experiência profissional, a antecipação foi uma escolha que permitiu o sucesso desta atividade. Para que fosse possível, foi discutido com a enfermeira chefe da Unidade de Adolescentes sobre re-editar este Jornal, a qual deu aval positivo. Deste então (Outubro), tenho vindo a mobilizar os adolescentes hospitalizados a participar neste projeto. É-lhes sugerido que poderão participar com um tema livre e com o que mais lhe agrada, fotografias, desenhos, escrita, entre outros. É-lhes sempre explicado que o seu nome não figurará no Jornal, sendo mantida a confidencialidade do trabalho divulgado. Os pais ou cuidadores encontram-se também junto do adolescente e também é dado consentimento que o trabalho seja divulgado. A participação foi suficiente para que chegasse ao momento do estágio e conseguir trabalhar os contributos dados para aplicar no “Jornal Jovem”. Ainda assim, procurei também variar nas diferentes formas de apresentação de informação e de visualização, para não tornar monótona a leitura do Jornal. Elaborei um poema para os adolescentes, que é inspirado na minha experiência profissional com clientes desta faixa etária e um *dominó de palavras*. Este último, por promover a participação e interatividade do adolescente, permite que se distraia a elaborar o mesmo, apelando ao seu desenvolvimento cognitivo com a intencionalidade deste ser estimulante e interessante para o

adolescente, envolvendo neste palavras que são do seu interesse.

Foram mobilizados vários elementos ligados às tecnologias para a realização deste trabalho, entre digitalização de imagem, fotografia e a sua elaboração através de suporte digital. Após terminado, foi apresentado à enfermeira orientadora e à enfermeira-chefe, que consideraram o trabalho interessante. É de salientar que o único trabalho que não resultou do tema aqui explorado foi a fotografia da última página do Jornal, a qual figura a “árvore dos desejos”. Esta pretende ser uma forma dos adolescentes e/ou seus pais ou cuidadores poderem deixar um desejo, escrevendo num papel e deixando na árvore. Esta ideia não foi desenvolvida por mim, mas sim pela educadora, mas que não deixa de ser uma forma de promover a expressão de emoções não só dos adolescentes, mas também dos pais e/ou cuidadores, e a publicação desta foi também aceite pela educadora. Por este motivo, achei pertinente incluí-la no jornal, como elemento existente na Unidade de Adolescentes, também com conhecimento da enfermeira-chefe, a qual observou o Jornal, tal como a enfermeira orientadora, permitindo então a distribuição do “Jornal Jovem”.

Durante o estágio na Unidade de Adolescentes foi então iniciado a distribuição do “Jornal Jovem”. A equipa de enfermagem foi envolvida, e a divulgação do jornal foi feita individualmente, durante os turnos efetuados, e também na formação realizada (Apêndice XIII), que para além de incentivar a distribuição do mesmo, aquando o acolhimento ou sempre que possível, foi também pedido colaboração à equipa para que possam contribuir também para os próximos números, com tema livre ou algum tema que possa ser pertinente à abordagem junto dos adolescentes. A edição deste Jornal pretender-se-á semestral, pela dificuldade e irregularidade em conseguir contributos para o mesmo.

A escolha do termo “Jovens” ao invés de “Adolescentes” foi determinado pela sonoridade do título, que me pareceu adequada com o termo escolhido, desejando que este cativasse quem o ler. Esta escolha foi também aceite pela equipa de enfermagem enfermeira orientadora, durante a elaboração do jornal. Porém, não ficou ausente o rigor da terminologia escolhida para o presente projeto, justificado no enquadramento teórico.

No fim deste documento figura o “Jornal Jovem”.

Avaliação

Os jornais que tive a possibilidade de distribuir foram bem recebidos e o *feedback* foi muito positivo, quer da parte dos adolescentes, e também por parte dos pais e/ou cuidadores. Inclusive alguns adolescentes mostraram interesse de contribuir para o próximo número, e eu disponibilizei-me para explicar e mostrar como poderiam participar, exemplificando com o texto inicial que está patente no “Jornal Jovem”. Alguns dos adolescentes cujos trabalhos elaborados foram publicados, solicitaram-me o envio do “Jornal Jovem” através de *e-mail*, por estarem interessados em ler este. Foram então enviados através do *e-mail* do serviço, já disponível e que também eu fiquei responsável por dinamizar. Da parte da equipa de enfermagem, dos colegas que tiveram oportunidade de analisar o documento, ficaram agradados com a produção e eventualmente alguns poderão contribuir para o próximo número.

Contributos para a aquisição de competências de enfermeira especialista em ESCJ (DR, 2011)

A hospitalização poderá trazer sentimentos de insegurança e medo, bem como perda de controlo na vida do adolescente. A importância de deter conhecimentos sólidos sobre o impacto da hospitalização na criança, e sobretudo no adolescente, denota-se na competência de reunir uma “sólida base de conhecimentos de Enfermagem e outras disciplinas que contribuem para a prática especializada” (DR, 2011, p. 8653). Estes conhecimentos que aplico na prática, também expressivo de uma competência especializada (DR, 2011), são transmitidos à equipa de enfermagem, enquadrando-a no contexto formativo e de evolução, ao solicitar a colaboração e participação desta, fundamentando a importância desta atividade. Esta dinamização concorre para a “incorporação do novo conhecimento no contexto da prática cuidativa, visando ganhos em saúde dos cidadãos (...) [favorecendo] a

aprendizagem, a destreza nas intervenções e o desenvolvimento de habilidades e competências dos enfermeiros” (DR, 2011, p. 8653).

Ao utilizar como veículo de comunicação com o adolescente o “Jornal Jovem”, este expressa uma forma específica de “comunicação com [o adolescente] (...) de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento [procurando que o “Jornal Jovem”] facilite a comunicação expressiva de emoções” (DR, 2011, p. 8655). Importa também associar esta atividade ao objetivo proposto de desenvolver estratégias e intervenções terapêuticas promotoras de experiências emocionais positivas no adolescente, “reforçando a tomada de decisão responsável [negociando o] (...) contrato de saúde com o adolescente” (DR, 2011, p. 8655). Esta forma de estabelecer comunicação com o adolescente pode também ser o mote para desenvolver “oportunidades para trabalhar com a família e (...) jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde” (DR, 2011, p. 8654).

Referências Bibliográficas

- Avers, L., Mathur, A. & Kamat, D. (2007, Setembro). Music Therapy in Pediatrics. *Clinical Pediatrics*. 46 (7), 575-579.
- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica, Perspectiva Desenvolvimentalista* (2.^a Edição). Lisboa: Editora Climpesi.
- Benner, P. (2001). *De Iniciado a Perito, Excelência e Poder na Prática Clínica de Enfermagem*. (Vol. N.º 3). Coimbra: Quarteto Editora.
- Cordeiro, M. (2009). *O Grande Livro do Adolescente*. Lisboa: A Esfera dos Livros.
- Criança, I. d. A. (2009). *Anotações Carta da Criança Hospitalizada* (2.^a Edição). (I. d. A. Criança) Lisboa.
- Crnković, M., Divčić, B., Rotim, Ž. & Čorić, J. (2009) – Emotions and Experiences of Hospitalized School age Patients. *Acta Clin Croat*, 48(2), 125-135.
- Diogo, P. (2012). *Trabalho com as Emoções em Enfermagem Pediátrica, Um Processo de Metamorfose da Experiência Emocional no Acto de Cuidar*. Loures: Lusociência.
- Enfermeiros, O. d. (2009, Dezembro). *Sistema de Individualização das especialidades clínicas em enfermagem- perfil de competências comuns e específicas de enfermeiro especialista*. (O. d. Enfermeiros, Ed.) Lisboa.
- Helseth, S. & Misvær, N. (2010). Adolescents' perceptions of quality of life: what it is and what matters. *Journal of Clinical Nursing*. 19, 1454-1461.
- Hockenberry, M.; Wilson, D. & Winkelstein, M. (2006). *Wong Fundamentos de Enfermagem Pediátrica* (7.^a Edição). Rio de Janeiro: Elsevier.
- Oliveira, A. (2008). *Ilusões na Idade das Emoções, Representações Sociais da Morte, do Suicídio e da Música na Adolescência*. Lisboa: Fundação Calouste Gulbenkian.

Opperman, S. & Cassandra, K. (2001). *Enfermagem Pediátrica Contemporânea*. Loures: Lusociência.

Papalia, D., Olds, S. & Feldman, R. (2009). *O Mundo da Criança, da Infância à Adolescência* (11.ª Edição). São Paulo: McGraw-Hill.

Raingruber, B. (2004, Janeiro-Março). Using Poetry to Discover and Share Significant Meanings in Child and Adolescent Mental Health Nursing. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 17 (1), 13-20.

Regulamento n.º 122/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República n.º 35 – II Série*. Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros.

Regulamento n.º 123/2011 de 18 de Fevereiro. *Diário da República n.º 35 – II Série*. Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista de Saúde da Criança e do Jovem. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa.

Tervo, J. (2001). Music Therapy for Adolescents. *Clinical Child Psychology and Psychiatry*, 6 (1), 79-91.

Watson, J. (2002). *Enfermagem: Ciência Humana e Cuidar, Uma Teoria de Enfermagem*. Loures: Lusociência.

Zengerle-Levy, K. (2004, Setembro). Practices that Facilitate Critically Burned Children's Holistic Healing. *Qualitative Health Research*, 14 (9), 1255-1275.

Jornal Jovem



Unidade de Adolescentes



N.º 2

Fevereiro 2013

Porquê?

Estar no hospital geralmente não é uma situação desejável e agradável! Por isso este jornal foi desenvolvido com o objectivo de minimizar a experiência emocionalmente intensa que os adolescentes por vezes vivem quando estão hospitalizados.

Alguns trabalhos, pensamentos e contributos que aqui encontrás foram realizados por adolescentes que já estiveram internados nesta Unidade. Foi garantido a confidencialidade e anonimato dos autores que tão gentilmente permitiram que este jornal fosse possível, com a sua ajuda. A todos o nosso obrigado!

Estes trabalhos permitiram que o internamento não fosse tão difícil, permitiram partilhar os sentimentos e pensamentos, e ocupar o tempo com o que aqui verás, para que a vivência associada ao internamento fosse mais positiva!

Agora que lêes este jornal, **convidamos a que também dêes o teu contributo para o próximo número! O tema é livre e pode ser desde fotos, desenhos, pensamentos, poemas, texto sobre o que quiseres!**

Entrega o teu contributo a um elemento da equipa de enfermagem.

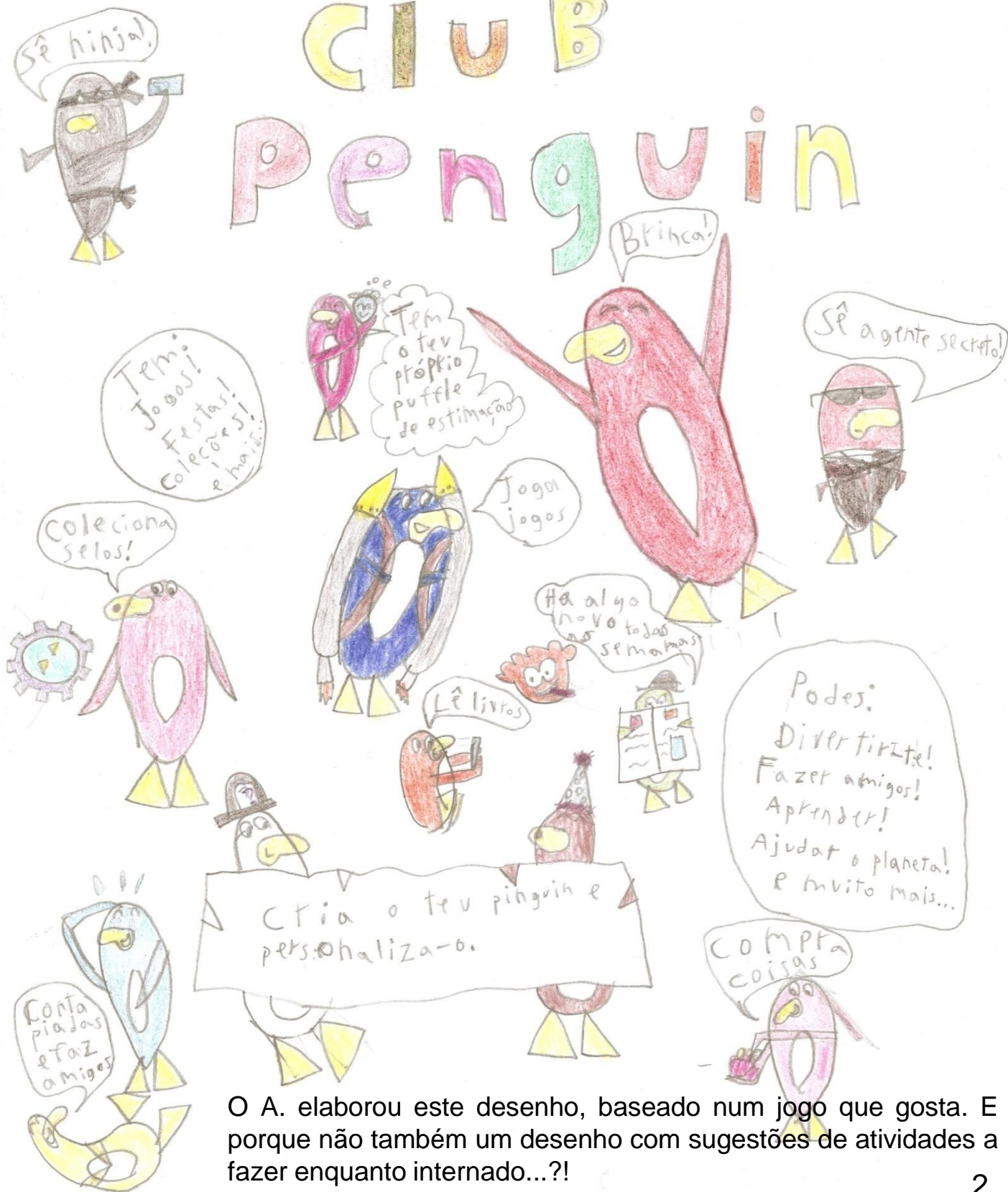
Boas Leituras!



Desenho elaborado pela L.

Experimente o mundo virtual da Disney

CLUB PENGUIN



O A. elaborou este desenho, baseado num jogo que gosta. E porque não também um desenho com sugestões de atividades a fazer enquanto internado...?!
2

Porque quem por aqui passou, uma mensagem vos deixou...!

A **J.** durante o Internamento procurou ultrapassar alguns momentos com dicas que vos deixa:

“Deixar a música mais alta do que os problemas!”

“Sorria, só por acreditar que amanhã pode ser diferente!”

“Os obstáculos existem para ver até onde vai a tua fé”.

“Insista na felicidade!

“Quem tem amigos, tem tudo!”

“Para ser forte, você só terá de ser como água. Porque é suave e flexível, é a mais necessária e forte de todas as coisas”.

“Não existe nada pior do que estar longe de quem amo”.

“Eu aprendi que são os pequenos acontecimentos diários que tornam a vida espectacular!”

E a **D.** também complementa com “... O forte não é quem supera todos os obstáculos, mas aquele que continua em pé depois de superá-los”.

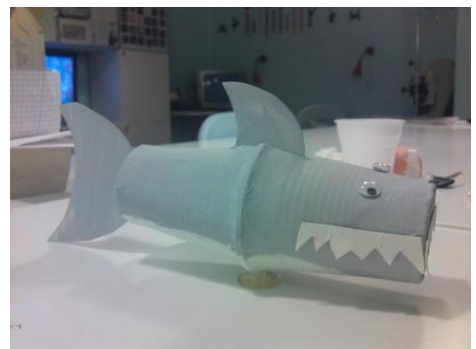
E o que aprenderam durante a sua estadia no hospital?

O T. deixou-nos o seu testemunho do que aprendeu e passou a valorizar depois de ter estado no hospital:

“Parece que saem todos menos nós. Mas podemos acreditar que tudo vai correr bem, tentando alterar a rotina com novas atividades que estimulam a nossa mente.

Enquanto eu estive aqui internado comecei a dar mais valor a pequenas coisas que não dava valor antigamente, tais como: o comer uma refeição bem confeccionada, também comecei a dar valor a ter uma boa cama, a ter mais privacidade, a ter uma refeição em família, a simplesmente estar em casa e com a minha família e amigos e também de ir à escola e de poder ter a liberdade de fazer tudo o que quiser (dentro dos limites e se os meus pais deixarem, é claro!)”.

E outras aprendizagens foram adquiridas... !



Trabalhos realizados pelo A. e pela L., com a colaboração da Educadora Madalena.

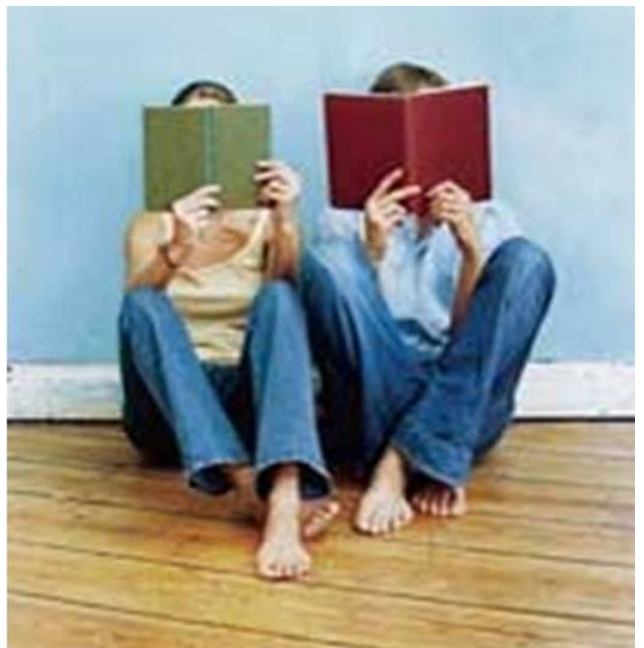
Leituras em dia...

Na estrada me vejo
Rumo ao presente
Que passou e vem ai
Que será, não sei
Vou embora...

Por uns tempos, talvez
Mas guardo os traços
Que falamos por sinais
Recordamos sorrisos
E alguns desentendidos
Numa janela que abrimos
E num rasgo vimos
Como somos felizes
No coração uns dos outros...

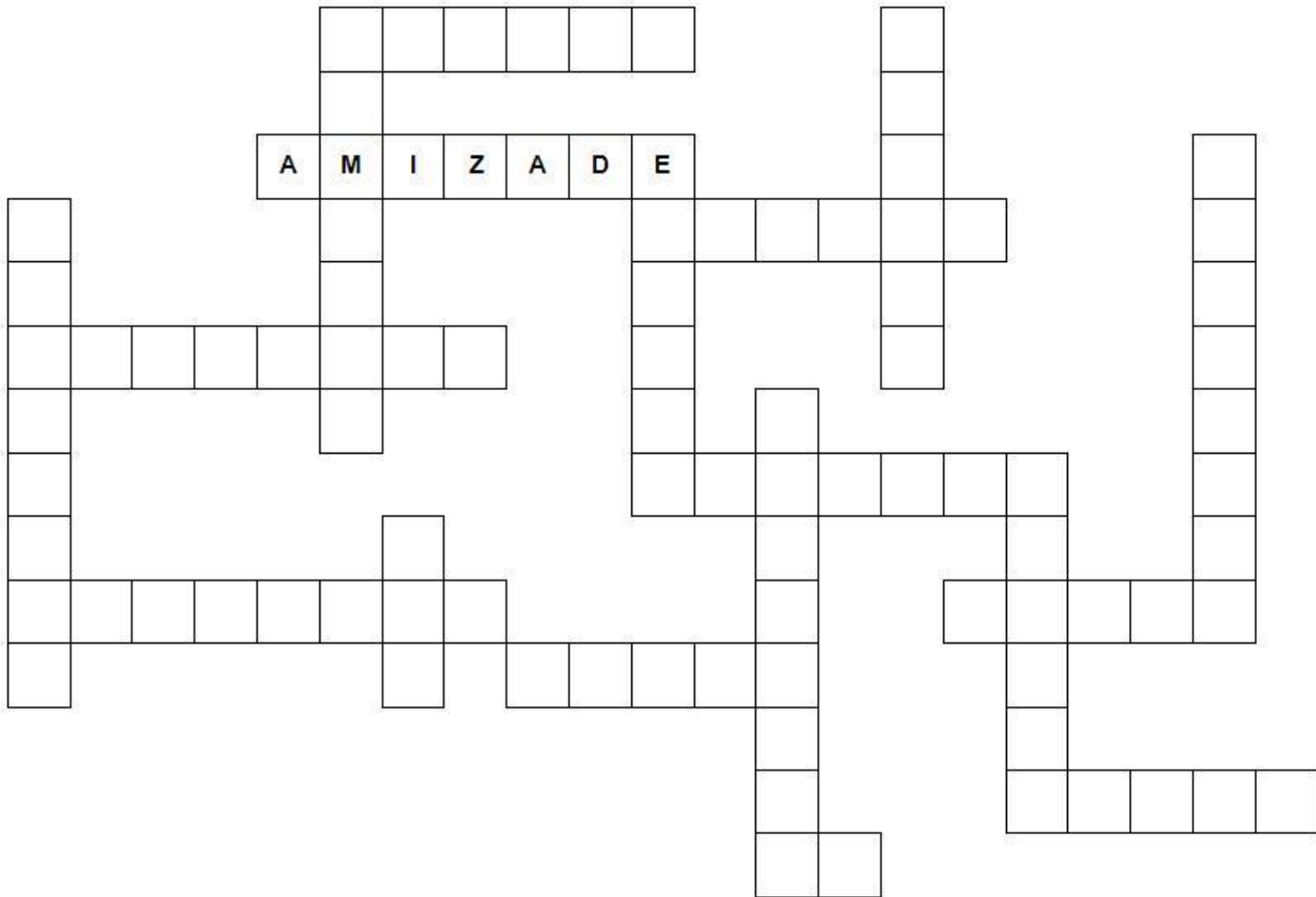
Estou aqui
Presente
Ausente
Sempre
Algures por aí...

Para os adolescentes...
Elaborado pela Enfermeira
Maria João Caeiro



Palavras Cruzadas

Diverte-te com as palavras cruzadas que te podem sugerir formas de te distraíres enquanto estas na Unidade de Adolescentes. Também encontrarás palavras que poderão estar relacionadas com a tua vida e o que poderão ser importantes para ti!



Palavras:

ALEGRIA
AMIGOS
AMIZADE
APRENDER
DESENHAR

ESCOLA
ESCREVER
FAMILIA
FUTURO
INTERNET

JOGAR
LER
MUSICA
RESPEITO
SAUDE

SORRIR
TV
VIVER



E se o teu desejo é sair rápido do hospital, os nossos desejos são que assim seja, já sem o motivo que te trouxe até cá!

Esperamos que tenhamos ajudado a passar este momento da tua vida um pouco menos difícil, e que tenhas encontrado algo positivo nesta estadia: um profissional que te tenha ajudado, outros adolescentes que conhecestes ou uma aprendizagem que adquiriste.

Tudo de bom!

Elaborado por:

Caeiro, Maria João ¹

¹Enfermeira mestranda em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria (pós-licenciatura de especialização) na ESEL, 2011/2013

Enfermeira na Unidade de Adolescentes do Hospital D. Estefânia, Centro Hospitalar de Lisboa Central