



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

**Promoção da saúde dos adolescentes em tempo de
pandemia COVID-19: desafios para o enfermeiro**

Ana Sofia de Jesus Silva

**Lisboa
2022**



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

**Promoção da saúde dos adolescentes em tempo de
pandemia COVID-19: desafios para o enfermeiro**

Ana Sofia de Jesus Silva



Orientador: Professora Doutora Maria da Graça Vinagre da Graça



**Lisboa
2022**

Não contempla as correções resultantes da discussão pública

**“Os que desprezam os pequenos acontecimentos
nunca farão grandes descobertas.
Pequenos momentos mudam grandes rotas!”**

Augusto Cury (s.d.)

AGRADECIMENTOS

O caminho percorrido para a composição deste relatório não teria sido possível sem o apoio e a cooperação de todos aqueles que comigo o compartilharam.

Um sincero agradecimento:

À Sr.^a Professora Doutora Maria da Graça Vinagre, pela sapiência, disponibilidade, interesse e dedicação.

Às enfermeiras orientadoras dos locais de estágio pelo acolhimento, disponibilidade, orientação e por compartilharam comigo os seus saberes e as suas experiências.

A todas as crianças, adolescentes e famílias que fizeram parte do meu processo de aprendizagem do Cuidar e que o influenciaram positivamente.

A toda a equipa de enfermagem do serviço de urgência geral e pediátrica com quem trabalhei diariamente, pelo suporte e disponibilidade.

Aos Colegas do Curso de Mestrado pelos momentos de amizade, apoio e partilha manifestados nesta caminhada.

Ao Bruno, o meu pilar, que me apoia sempre nos meus projetos e me incentiva a ultrapassar as minhas próprias metas.

Aos meus filhos por toda a compreensão durante os períodos de ausência e por serem sempre a minha fonte de energia.

À minha Avó, por tudo... mesmo ausente... sempre presente!

O meu sentido obrigado a todos os que me apoiaram, motivaram, acreditaram e se mantiveram ao meu lado nesta fase da minha vida, mesmo quando eu não estive presente.

LISTA DE SIGLAS

ACSS – Administração Central do Sistema de Saúde

CD – Centro de Desenvolvimento

COVID-19 – CoronaVírus Disease - 19

CSP – Cuidados de Saúde Primários

DGS – Direção Geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

ESEL – Escola Superior de Enfermagem de Lisboa

ICN – International Council of Nurses

MEEESIP – Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

MPS – Modelo de Promoção da Saúde

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial da Saúde

ONU – Organização das Nações Unidas

OPAS – Organização Pan-América da Saúde

PNSIJ – Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil

PNV – Programa Nacional de Vacinação

RN – Recém-Nascido

SARS-CoV-2 – Severe Acute Respiratory Syndrome - CoronaVírus - 2

SNS – Sistema Nacional de Saúde

UC – Unidade Curricular

UNICEF – United Nations International Children's Emergency Fund

USF – Unidade de Saúde Familiar

RESUMO

A pandemia COVID-19 tem produzido impactos na saúde da população em geral e no desenvolvimento infantil e juvenil através da exposição ao vírus e consequente infecção, mas também através do confinamento social recomendado na tentativa de evitar a progressão da doença, de permitir cuidados médicos adequados, e de prevenir o colapso dos sistemas de saúde. Contudo estas medidas, para as crianças e para os adolescentes, têm criado potenciais perdas para o seu desenvolvimento físico e psicológico e para a sua saúde individual e coletiva. Neste contexto, investigar e compreender o impacto da pandemia COVID-19 na saúde e no desenvolvimento das crianças e dos adolescentes podem ajudar a orientar estratégias para prevenir os efeitos nocivos e a promover a sua saúde e bem-estar. Desta forma, delineei o meu percurso formativo, com vista ao desenvolvimento de competências de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP), no âmbito da promoção da saúde dos adolescentes em tempo de pandemia. Assim, considerando que a promoção da saúde é uma estratégia basilar nos cuidados aos adolescentes, enquanto intervenção do EEESIP, após a identificação das minhas necessidades de desenvolvimento de competências, através de um autodiagnóstico, foram definidos dois objetivos gerais a alcançar: desenvolver competências de EEESIP no cuidado à criança, ao adolescente e família, nos processos de saúde-doença, atendendo às suas etapas de desenvolvimento; e, desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados na área da promoção da saúde dos adolescentes, em tempo de pandemia COVID-19. E para tal, o percurso formativo centrou-se numa metodologia de análise crítica e reflexiva sobre as atividades e competências desenvolvidas, com base na filosofia dos cuidados centrados na família, e nos cuidados não traumáticos evidenciando a importância da parceria de cuidados de enfermagem em pediatria, sustentado no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender.

Palavras-chave:

Adolescente; Promoção da Saúde; Pandemia COVID-19; Enfermagem

ABSTRAT

The COVID-19 pandemic has had an impact on the health of the general population and on child and adolescents development through exposure to the virus and consequent infection, but also through the recommended social confinement in an attempt to prevent the progression of the disease, to allow adequate medical care, and to prevent the collapse of health systems. However, these measures, for children and adolescents, have created potential losses for their physical and psychological development and for their individual and collective health. In this context, investigating and understanding the impact of the COVID-19 pandemic on the health and development of children and adolescents can help guide strategies to prevent harmful effects and promote their health and well-being. In this way, i outlined my training path, with a view to the development of Pediatric Nurse specialist skills, in the context of promoting the health of adolescents in pandemic time. Thus, considering that health promotion is a basic strategy in the care of adolescents, as an intervention of the Pediatric Nurse Specialist, after the identification of my needs for development of competencies, through a self-diagnosis, two general objectives were defined to achieve: develop Pediatric Nurse Specialist competencies in the care of children, adolescents and families in health-disease processes, taking into account their stages of development; and, to develop competences in the provision of specialized nursing care in the area of adolescent health promotion, in a time of pandemic COVID-19. And for this, the formative path was focused on a methodology of critical and reflective analysis of the activities and competencies developed, based on the philosophy of family-centered care, and on non-traumatic care, evidencing the importance of the partnership of nursing care in pediatrics, supported by the Health Promotion Model of Nola Pender.

Keywords:

Adolescent; Health Promotion; Pandemic COVID-19; Nursing

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO _____	8
1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO _____	12
1.1. A pandemia COVID-19 _____	12
1.2. A adolescência: breve referência ao desenvolvimento _____	15
1.3. O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender _____	17
1.4. A saúde dos adolescentes durante a pandemia COVID-19 _____	20
2. METODOLOGIA _____	22
3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO: DOS OBJETIVOS PROPOSTOS AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS _____	25
3.1. Desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica no cuidado à criança, ao adolescente e família, nos processos de saúde-doença, atendendo às suas etapas de desenvolvimento _____	26
3.2. Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados na área da promoção da saúde dos adolescentes em tempo de pandemia COVID-19 _____	51
4. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETOS FUTUROS _____	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	

ANEXOS

Anexo I – Health Promotion Model (Pender, 1996)

Anexo II – Entrevista ao adolescente

APÊNDICES

Apêndice I – Mapa conceptual

Apêndice II – Cronograma do estágio

Apêndice III – Guia orientador de estágio – contexto de internamento de pediatria

Apêndice IV – Protocolo de controlo de stocks e de validades da terapêutica da rede de frio

Apêndice V – Norma de procedimentos interna: pedidos de marcação no SISQUAL

Apêndice VI – Norma de procedimentos interna: pedidos de troca de horário no SISQUAL

Apêndice VII – Promoção da esperança na família da criança com paralisia cerebral: uma reflexão a partir da prática

Apêndice VIII – A privacidade do adolescente em contexto clínico: uma reflexão a partir da prática

Apêndice IX – Comunicação terapêutica com o adolescente: uma reflexão a partir da prática

Apêndice X – Caracterização dos motivos de admissão e permanência de adolescentes no SO, antes e durante a pandemia COVID-19

Apêndice XI – Plano de ação de formação: influência das redes sociais na saúde e bem-estar dos adolescentes

Apêndice XII – Folheto: utilização de ecrãs com segurança

Apêndice XIII – Póster digital: utilização de ecrãs com segurança

INTRODUÇÃO

Este relatório foi desenvolvido no âmbito da unidade curricular (UC) de estágio com relatório, no decorrer do curso de Mestrado em Enfermagem na área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (MEEESIP), ministrado na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa (ESEL).

Na atualidade, os Cuidados de Saúde e, conseqüentemente, os Cuidados de Enfermagem assumem uma importância crescente e uma exigência técnica e científica, em que a necessidade de diferenciação e de especialização são cada vez mais uma realidade que abrange a generalidade dos profissionais de saúde (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

A finalidade deste relatório é descrever a análise reflexiva do percurso formativo desenvolvido, em cinco contextos de cuidados de saúde pediátricos, onde se procurou desenvolver competências comuns e específicas de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica (EEESIP) na prestação de cuidados especializados à criança, ao adolescente e às suas famílias.

Em enfermagem, a reflexão sobre as práticas tem contribuído significativamente para o desenvolvimento do exercício da profissão, sendo indispensável no contexto clínico dos estudantes de enfermagem, pois permite que se tornem autoconscientes e prestem os melhores cuidados, com atitudes reflexivas pré, pós e na ação (Peixoto & Peixoto, 2016).

Este relatório seguindo uma metodologia descritiva a par de uma análise crítica e reflexiva, fundamentado em referenciais teóricos, na evidência científica e no enquadramento profissional do exercício de enfermagem, visa dar resposta às necessidades de desenvolvimento pessoal e profissional identificadas, no âmbito da aquisição de competências de Mestre em Enfermagem e de EEESIP.

As Competências Comuns do Enfermeiro Especialista (EE), reconhecidas e regulamentadas pela Ordem dos enfermeiros (OE), envolvem as “dimensões da educação dos clientes e dos pares, de orientação, aconselhamento, liderança, incluindo a responsabilidade de descodificar, disseminar e levar a cabo investigação relevante e pertinente, que permita avançar e melhorar de forma contínua a prática da enfermagem”, nos domínios da responsabilidade profissional, ética e legal; na melhoria contínua da qualidade; na gestão de

cuidados; e, no desenvolvimento das aprendizagens profissionais (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Adicionalmente, as competências do EEESIP relacionam-se com a prestação de cuidados específicos de nível avançado à criança, ao jovem e famílias, na maximização da sua saúde, dando resposta às situações de especial complexidade e às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do adolescente (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

A minha experiência profissional anterior permitiu-me desenvolver competências em diversas áreas, pois trabalhei oito anos em Cuidados de Saúde Primários (CSP) e seis anos em urgência geral de adultos, onde existiram sempre oportunidades de desenvolvimento pessoal e profissional na prestação direta de cuidados, no planeamento e gestão dos cuidados, na investigação e na formação em enfermagem, contribuindo para a valorização da profissão.

Com esta formação avançada, foi possível aprofundar e desenvolver competências especializadas nos cuidados de enfermagem à criança, ao adolescente e famílias, nos seus processos de saúde e de doença e nas diferentes etapas de desenvolvimento. O que já me possibilitou uma importante mudança profissional, ao ser transferida para o serviço de urgência pediátrica pelo reconhecimento das competências já desenvolvidas até à data.

Neste caminho de desenvolvimento de competências, apoiado na minha experiência profissional, e com especial interesse pessoal e profissional pela promoção da saúde dos adolescentes, surgiu a temática central, pertinente e atual, transversal a todos os contextos da prática de cuidados: a promoção da saúde dos adolescentes em tempo de pandemia COVID-19: desafios para o enfermeiro.

A adolescência é uma fase de transição, com grandes alterações físicas, cognitivas, psicossociais, afetivas e emocionais cruciais no desenvolvimento de hábitos e comportamentos que influenciarão a saúde do indivíduo no futuro (OE, 2010; OPAS, 2021). E, por norma, a adolescência é um período mais saudável com menores índices de morbilidade e de mortalidade em relação aos outros grupos etários, levando consequentemente, a uma procura diminuta dos serviços de saúde (OMS, 2015).

Contudo, na adolescência, é expectável uma maior vulnerabilidade e suscetibilidade às influências positivas e negativas do meio ambiente,

característica desta fase do ciclo de vida (Campisi et al., 2020), onde o isolamento social e as alterações no quotidiano poderão conduzir a consequências indesejáveis para a saúde dos adolescentes, nomeadamente a nível da saúde mental (Costa, Guedes, Nogueira & Maciel, 2021). Em alguns indivíduos, as alterações quando são pouco aceites e quando combinadas com outros fatores de risco poderão conduzir ao stress, a sentimentos de confusão, ao medo, a incertezas ou a outros problemas de saúde (Stanford Children's Health, 2021).

A pandemia COVID-19 tem tido efeitos na sociedade a vários níveis e apesar da doença ter uma apresentação clínica ligeira na idade pediátrica, com melhor prognóstico nas crianças e nos adolescentes, relativamente aos adultos, sendo um grupo especialmente vulnerável, o isolamento social e as alterações no quotidiano têm trazido efeitos negativos colaterais com elevado impacto (Peixoto et al., 2021). Situação que nos conduz a uma reflexão sobre se estes efeitos se poderão também agravar: pelas restrições que surgiram ao acesso a cuidados de saúde, nomeadamente pela suspensão e/ou diminuição da atividade programada nos estabelecimentos do Sistema Nacional de Saúde (SNS), e pela suspensão ou cessação da atividade de estabelecimentos do setor privado, cooperativo e social (Entidade Reguladora da Saúde, 2020).

Encontramo-nos numa situação mundial em que parece difícil prever o fim da pandemia COVID-19 e, assim, é prioritário fortalecer a capacidade de atuação na promoção da saúde das crianças e dos adolescentes, articulando esforços sociais e políticos (Fiocruz, 2021). É crucial delinear-se estratégias de apoio, num futuro próximo, através de uma abordagem multidisciplinar dos profissionais de saúde, professores, educadores e familiares, de forma a minimizar o impacto negativo desta pandemia (Peixoto et al., 2021), sendo importante o envolvimento significativo dos adolescentes nas decisões relativas ao autocuidado (OMS, 2014).

Perante esta problemática, o EEESIP, enquanto profissional dotado de competências especializadas, pode atuar em qualquer contexto onde se encontrem crianças e adolescentes que necessitem de cuidados de enfermagem visando a promoção da saúde, a prevenção de complicações, o bem-estar e o autocuidado (Regulamento n.º 351/2015, 2015), que tal como vem descrito no Regulamento de Competências Específicas do EEESIP as áreas de atuação do

EEESIP incluem “a detecção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de risco, (...) a promoção da autoestima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde” (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Todo o percurso formativo refletido neste relatório foi sustentado nos referenciais teóricos da enfermagem pediátrica, como, os cuidados centrados na criança/adolescente e família, cuidados não traumáticos e, parceria de cuidados; bem como, no Modelo de Promoção de Saúde de Nola Pender, pela relação direta com a temática da promoção da saúde dos adolescentes, como meio de explicação, compreensão e planeamento das intervenções.

Este relatório foi organizado em quatro capítulos. Inicia-se com o enquadramento teórico, constituído por quatro subcapítulos, seguido do capítulo da metodologia. O terceiro capítulo abrange a síntese descritiva e reflexiva das principais atividades de estágio realizadas, apresentadas segundo os objetivos gerais delineados, que contribuíram para o desenvolvimento das competências de EEESIP. No quarto e último capítulo apresentam-se as considerações finais, com enfoque nos principais resultados alcançados e no contributo para a prática de cuidados diária, perspetivando projetos futuros.

Finalmente, após as referências bibliográficas, seguem-se os anexos e os apêndices que reúnem os documentos elaborados durante o processo formativo, considerados pertinentes para acompanhar a leitura deste relatório.

1. ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A pandemia COVID-19 provocou elevadas taxas de morbidade e de mortalidade na população mundial, assim como também originou vários fatores de risco para o crescimento e para o desenvolvimento saudável das crianças e dos adolescentes. As medidas de isolamento social, a suspensão das atividades escolares, os riscos nutricionais, a falta de atividade física, o aumento de tempo de exposição de ecrãs, e a exposição ao stress são alguns dos fatores de risco descritos por vários autores (Brooks et al; Vigo et al; Yen-Hao Chu, 2020). Face a esta pandemia, a criação de estratégias para promover a saúde e o desenvolvimento saudável torna-se uma prioridade a fim de melhorar a saúde individual das crianças, dos adolescentes e das suas famílias.

1.1. A Pandemia COVID-19

A Organização Mundial da Saúde (OMS) foi alertada, no final de dezembro de 2019, que na cidade de Wuhan, China, existiam vários casos de pneumonia e que tinha sido identificada uma nova estirpe de coronavírus, nunca identificada antes em seres humanos. Em janeiro de 2020, a OMS declarou que o surto do novo coronavírus constitui uma emergência de saúde pública de importância internacional. Esta decisão promoveu assim uma imediata coordenação, cooperação e solidariedade global para interromper a propagação do vírus. Até essa data já tinham sido identificados sete estirpes de coronavírus humanos, mas este recente vírus identificado, inicialmente 2019-nCoV, em fevereiro de 2020, recebeu o nome de SARS-CoV-2 (Severe Acute Respiratory Syndrome – CoronaVírus – 2), responsável por provocar a doença COVID-19 (Coronavirus Disease - 19). Em março de 2020, a COVID-19 é declarada pela OMS como pandemia [Organização Pan-América da Saúde (OPAS), 2020].

A COVID-19 transmite-se principalmente através de gotículas que contêm partículas virais que são libertadas pelo nariz ou pela boca de pessoas infetadas, quando tosse ou espirram [Direção Geral da Saúde (DGS), 2020]. E, a melhor forma de prevenir e adiar a transmissão é estar bem informado sobre o vírus, a doença, a forma de transmissão e, a etiqueta respiratória.

A COVID-19 é uma doença infecciosa causada pelo SARS-CoV-2 e os sinais e sintomas variam em gravidade, desde a ausência de sintomas, sintomas ligeiros, moderados, graves e até eventual morte.

Os dados de 5 de setembro de 2022, revelam-nos de já terem sido infetados 5.438.351 portugueses, com um total de 24.905 óbitos, e terem sido administradas 24.899.295 vacinas. No mundo, os dados apontam para um total de 603.711.760 casos detetados e 6.484.136 óbitos, com 12.540.061.501 vacinas administradas (OMS, 2021a).

Os principais sintomas da doença são a febre, a tosse, o cansaço e as mialgias generalizadas. Contudo, alguns doentes têm congestão nasal, cefaleias, odinofagia, diarreia e, perda de paladar e/ou olfato. Em casos mais graves encontramos a pneumonia grave, a síndrome respiratória aguda grave, a septicémia, o choque séptico e a eventual morte (DGS, 2020). A maioria das pessoas (cerca de 80%) recupera da doença sem precisar de cuidados hospitalares, contudo uma em cada seis pessoas infetadas por SARS-CoV-2 fica gravemente doente, exigindo cuidados hospitalares. Os doentes de faixas etárias mais altas ou com comorbilidades como hipertensão arterial, patologias cardíacas e/ou respiratórias, diabetes mellitus ou neoplasias, têm maior risco de desenvolverem formas mais graves da doença (OPAS, 2020).

Contudo, a pandemia COVID-19, pode ser descrita, segundo Horton (2020), como uma sindemia (sinergia contextual + pandemia). O autor refere que uma abordagem sindémica revela que as interações entre as características biológicas e sociais são importantes para o prognóstico e tratamento da situação clínica. Ou seja, as sindemias são caracterizadas por interações entre condições e estados que aumentam a suscetibilidade de uma pessoa agravar o seu estado de saúde, principalmente no caso da presença de comorbilidades e vulnerabilidades sociais. No caso da COVID-19, se esta for analisada como uma sindemia, irá convidar a uma visão mais ampla, abrangendo várias áreas sociais como a educação, o emprego, a habitação, a alimentação, e o meio ambiente.

Estudos internacionais admitem uma similaridade entre as pandemias e as catástrofes naturais e as guerras, sendo estes eventos identificados como acontecimentos traumáticos capazes de alterar os sujeitos individual e coletivamente, de forma micro e macrossocial. E perante estes eventos traumáticos, sabe-se que pelo menos um terço de uma dada população exposta

pode apresentar manifestações psicopatológicas se não existir uma intervenção coordenada especializada em resposta às consequências diretas e indiretas do acontecimento (Fiocruz, 2021). Assim, também com a atual pandemia COVID-19, são inúmeros os desafios psicossociais ao qual é indispensável uma resposta global e personalizada, sabendo-se que os novos desafios, em muitas situações, vão potencializar os problemas pré-existentes no contexto familiar, especialmente naquelas famílias com maior vulnerabilidade psicossocial e com múltiplos fatores de risco (Linhares & Enumo, 2020).

Vários autores alertam para os possíveis efeitos indiretos da COVID-19 nas crianças e nos adolescentes, associados ao confinamento, tendo sido identificados sintomas adversos relacionados com a sua saúde mental como a angústia, a ansiedade, a solidão e a depressão (Loades et al, 2020).

As evidências sugerem que o encerramento das escolas e as limitações de interação social podem ter afetado negativamente a saúde das crianças e dos adolescentes, reduzindo assim as oportunidades de desenvolvimento cognitivo e social através de vários mecanismos, tais como: (1) a restrição de socialização com o grupo de pares; (2) o aumento da utilização de recursos digitais, nomeadamente o excessivo tempo de exposição a ecrãs e a redes sociais; (3) a restrição ao acesso a serviços oferecidos nas escolas, como a alimentação e a saúde escolar; (4) deixou de existir uma vigilância ativa, pois as escolas fazem parte de uma rede de vigilância e sinalização de situações de violência ou negligência; (5) restrição das interações sociais com adultos significativos, como os professores e auxiliares de ação educativa; (6) privação de atividades escolares valorizadas, como o desporto escolar; e, (7) perderam-se os efeitos protetores do vínculo com a escola; entre outros. (Brooks et al, 2020; Loades et al, 2020; UNICEF, 2021a; Viner et al., 2022).

Os adolescentes, a viverem uma fase do desenvolvimento, em que é presumível existir um distanciamento das figuras parentais como consequência da necessidade de afirmação e de natural oposição à opinião dos adultos, e com uma grande necessidade do sentimento de pertença ao grupo de amigos, eis que, devido à exigência de isolamento social como medida para controlo da pandemia, são obrigados a viver no sentido contrário: fechados em casa com os pais e isolados dos amigos, sem poderem ir à escola presencialmente.

As escolas são um serviço essencial ao desenvolvimento dos adolescentes. É nas escolas que se cria um ambiente singular para que estes se possam desenvolver, descobrir, individualizar e integrar no grupo de pares, pois a escola é o contato social mais precoce e profundo para além da família. Quando os adolescentes são impedidos de frequentar as atividades presenciais nas escolas, perde-se assim um recurso fundamental para o seu desenvolvimento (Nehab & Menezes, 2022).

Dada a particular importância do grupo de pares na adolescência, vários estudos identificaram como consequências indiretas e não intencionais das medidas de isolamento social, estados de ansiedade e sentimentos de solidão e exclusão (Loades et al, 2020).

O impacto indireto da pandemia COVID-19 é amplo, substancial e pode ser duradouro (Brooks, 2020), o que requer uma forte resposta multisectorial assente nos vários níveis diferenciados de prestação de cuidados de saúde (OMS, 2021b).

1.2. A adolescência: breve referência ao desenvolvimento

A adolescência é o período de transição entre a infância e a idade adulta (Rodgers, 2017), marcado por um complexo processo de crescimento e de desenvolvimento biopsicossocial (OE, 2010), com início nos primeiros indícios físicos da maturidade sexual, terminando com a realização social da situação de adulto independente (Ferreira & Nelas, 2006).

Os adolescentes percorrem uma etapa de maturação diversificada, a vários níveis, onde vão edificando a sua identidade, os seus pontos de referência, o seu caminho profissional e o seu projeto de vida (Ribeiro, 2011).

A comunidade científica rege-se pela definição de adolescência da OMS, de 1986. E de igual forma, no projeto que antecedeu este relatório e no presente relatório, assumo o intervalo etário definido pela OMS.

A OMS defende que a juventude é composta por adolescentes e jovens, sendo que define que os adolescentes são todos os indivíduos com idades compreendidas entre os 10 e os 19 anos de idade e, os jovens são todos os indivíduos com idades compreendidas entre os 20 e os 24 anos de idade (1986).

Contudo, a adolescência é um processo de transição, na qual a idade não é o elemento que determina o seu início ou fim, é sim, um processo de mudanças físicas, sociais, psicológicas e cognitivas (Carrilho, 2015; Ferreira & Nelas, 2006).

Assim, a adolescência que significa "crescer até a maturidade" é um processo que envolve três fases distintas, segundo Rogers (2017): o início da adolescência, a adolescência intermédia e o final da adolescência:

- O início da adolescência é caracterizado por um crescimento físico acelerado, aparecendo os primeiros caracteres sexuais. A nível cognitivo existe: (1) uma preocupação com a rápida mudança corporal levando por vezes a uma perda de autoestima; (2) uma pré-disposição para explorar e procurar novos valores e novos papéis; e, (3) uma preocupação pela aceitação ou rejeição dos pares. No relacionamento com os pais ocorre uma tentativa de definição de limites de independência e dependência. No relacionamento com os pares existe uma procura da aceitação pelos pares para ultrapassar a instabilidade provocada pelas mudanças. Na sexualidade dá-se início à exploração do próprio corpo. A nível da saúde mental existem alterações de humor com frequentes acessos de raiva perante a frustração.

- A adolescência intermédia é caracterizada por uma desaceleração do crescimento, no qual atingem 95% da altura da fase adulta e os caracteres sexuais ficam bastante desenvolvidos. A nível cognitivo desenvolvem a capacidade de pensamento abstrato e preocupações idealistas com problemas filosóficos, políticos ou sociais. Existe uma alteração na perceção da autoimagem e começam a compreender as implicações futuras das decisões e do comportamento atual. No relacionamento com os pais existem conflitos sobre a independência e o controlo parental existindo um impulso natural para a emancipação. No relacionamento com os pares devido ao medo de rejeição, existe uma grande necessidade de afirmação em que o padrão de comportamentos é definido pelo grupo de pares. Na sexualidade dá-se início à exploração da capacidade de atrair o outro, dando origem a relações múltiplas e existe uma identificação interna da atração heterossexual, homossexual ou bissexual. A nível da saúde mental há uma tendência para a introspeção e em alguns casos pode existir dificuldade em pedir ajuda.

- O final da adolescência é caracterizado por apresentar um crescimento físico quase completo, bem como a capacidade reprodutiva. A nível cognitivo já

está estabelecido o pensamento abstrato compreendendo o longo alcance das ações do presente, tendo capacidade para analisar os problemas de forma abrangente. Está assim estabelecida a identidade intelectual. Há um aumento da autoestima com aceitação do crescimento físico e com os papéis sociais definidos e existe uma definição clara da identidade sexual. O relacionamento com os pais já não é conflituoso, existindo uma separação emocional e física quase completa conduzindo à emancipação e independência da família. No relacionamento com os pares, a dimensão do grupo de pares diminui, valorizando-se agora a amizade individual e os relacionamentos românticos, onde se torna importante dar e partilhar. Na sexualidade dão-se os relacionamentos estáveis, em que se identificam publicamente no namoro como heterossexuais, homossexuais ou bissexuais. A nível da saúde mental já existe uma gestão e controlo das emoções.

A adolescência é um período de grandes mudanças em todas as áreas de funcionamento do adolescente em busca de um equilíbrio. É um período que implica várias perdas e vários ganhos com oscilações e reformulações constantes de novas formas de tentar pertencer e de tentar ser aceite, na luta incessante de aceitação de uma imagem do próprio corpo, também este em constante mudança (Ferreira & Nelas, 2006). Este processo de transição e de mudança entre a infância e a idade adulta é complexo e é vivido por cada adolescente de forma diferente consoante a sua maturidade física, emocional, cognitiva e os seus contextos de vida.

Assim, a adolescência deve ser vista não só como uma fase transitória rica em conflitos, mas também, como um período rico em transformações e como um período repleto de potencialidades para o adolescente (Rogers, 2017).

1.3. O Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender

A saúde e a doença estão diretamente relacionadas com as escolhas dos indivíduos na adoção dos comportamentos e estilos de vida, em que os comportamentos adotados numa fase da vida vão influenciar a saúde nas fases subsequentes. Portanto, o que acontece durante os primeiros anos de vida, vai afetar a saúde e o desenvolvimento dos adolescentes e, conseqüentemente, a saúde na idade adulta. Assim, a segunda década da vida, a adolescência, deve ser vista como uma oportunidade de potenciar a saúde da idade adulta e também

como uma oportunidade para corrigir problemas que tenham surgido durante a primeira década de vida (OMS, 2014).

Priorizar a promoção da saúde é valorizar e canalizar os esforços e recursos no processo de capacitar, melhorar e aumentar o poder das pessoas sobre a sua própria saúde. Representa um esforço sociopolítico abrangente direcionado para a mudança das condições sociais, ambientais e económicas, de forma a aliviar o impacto na saúde pública e individual. Assim, a promoção da saúde é um processo de capacitação das pessoas para aumentarem o controlo e o poder sobre os determinantes da saúde e, assim, melhorarem a sua saúde e consequentemente a saúde dos outros (OMS, 1998).

O Modelo de Promoção da Saúde (MPS) de Nola Pender (anexo I) é um modelo que nos guia na interpretação, compreensão e análise dos complexos processos biopsicossociais que motivam os indivíduos no desenvolvimento e adoção de comportamentos direcionados à melhoria da sua saúde. Ou seja, através da utilização do modelo de promoção da saúde proposto por Pender, é possível analisar a natureza multidimensional dos indivíduos, em constante interação com os seus ambientes interpessoais e físicos, enquanto procuram melhorar a qualidade da sua saúde (Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015).

O MPS de Nola Pender contempla os conceitos de pessoa, ambiente, saúde e enfermagem e assenta em três eixos principais: características e experiências individuais; determinantes cognitivos e afetivos acerca do comportamento específico; e, resultados comportamentais (Pender, 2011; Pender, Murdaugh, & Parsons, 2015):

- A primeira categoria de determinantes explora as características e experiências pessoais, em que a autora enfatiza que os comportamentos anteriores de uma pessoa têm uma relação direta com os comportamentos futuros de promoção da saúde, no qual os atributos e hábitos pessoais também podem ser uma barreira para a adoção de novos comportamentos de promoção da saúde. Por exemplo, um adolescente obeso que deseja diminuir o peso, se for filho de pais obesos com consumos alimentares nocivos e com baixa literacia em saúde alimentar, pode ter mais dificuldade em alcançar o seu objetivo, se a obesidade não for reconhecida como uma doença no seu seio familiar, sendo-lhe assim mais difícil adotar uma alimentação equilibrada, variada e completa.

- A segunda categoria explora os determinantes cognitivos e afetivos específicos que a pessoa tem acerca de um comportamento. Seguindo o exemplo anterior, perante o adolescente obeso que deseja perder peso é necessário avaliar os seus conhecimentos sobre obesidade, alimentação saudável e exercício físico e, concomitantemente, avaliar os seus sentimentos associados à obesidade no geral, ao seu peso especificamente, à obesidade dos seus pais e aos seus hábitos de vida diários, de forma a se compreender qual a motivação do adolescente para a mudança e capacidade de adesão a novos estilos de vida. Assim, nesta situação, o enfermeiro poderá ajudá-lo a focar-se nos benefícios do comportamento desejado, ajudando-o a ultrapassar as barreiras pré-existentes, motivando-o para a mudança.

- A terceira categoria do modelo é o resultado comportamental desejado. Atinge-se esta categoria quando a pessoa se compromete a adotar as medidas necessárias para fazer a mudança. Seguindo o exemplo anterior, perante o adolescente obeso que deseja perder peso, alcançamos este eixo, definido pela autora, quando o adolescente se concentra nos benefícios que alcançará e incorpora no seu dia-a-dia uma alimentação saudável e hábitos regulares de exercício físico. Durante esta fase, deverá ser apoiado através de um reforço positivo sobre as mudanças que consegue adotar na sua vida, a fim de perder peso e melhorar a qualidade da sua saúde.

O MPS é um modelo complexo e dinâmico que permite ao enfermeiro intervir a nível individual ou em grupo, possibilitando o planeamento, a implementação e a avaliação das intervenções. A sua aplicação na população adolescente representa um grande desafio na área da promoção da saúde, pelas particularidades de desenvolvimento neste grupo etário e, na medida em que vão fazendo a transição dos cuidados de saúde geridos pelos pais para a responsabilidade pessoal pelos seus próprios comportamentos em relação à sua saúde.

Neste sentido, com os adolescentes, a promoção da saúde envolve ajudar os adolescentes a adquirir competências (conhecimentos, atitudes e habilidades), autoridade (consentimento para desenvolverem as suas competências) e oportunidades para fazerem as escolhas que aumentem a probabilidade de obterem resultados positivos na própria saúde (OMS, 2014).

O EEESIP para intervir na promoção da saúde com o adolescente, deverá avaliar as características individuais, as experiências, os sentimentos e conhecimentos e as crenças acerca do comportamento desejado, bem como identificar quais os obstáculos percebidos que dificultam a adoção do comportamento desejado, para conseguir promover comportamentos salutogénicos e/ou prevenir comportamentos de risco e respetivas consequências.

Os adolescentes são importantes atores de mudança para a sua própria saúde e para a saúde das suas famílias e comunidades onde estão inseridos. E a eficácia das intervenções promotoras da sua saúde depende também da capacidade dos profissionais em desenvolver abordagens multifacetadas, adequadas ao estadió de desenvolvimento de cada um e/ou de cada grupo integrando as perspetivas dos próprios, nomeadamente, o significado do conceito – saúde que desejam alcançar (OMS, 2014).

1.4. A saúde dos adolescentes durante a pandemia COVID-19

Esta pandemia global sem precedentes, afetou profundamente a sociedade, a nível global, com custos económicos e humanos. Muitos governos introduziram rapidamente, de forma extraordinária e por períodos sem precedentes, medidas de saúde pública e estratégias de controlo de infeção.

Segundo o relatório da UNICEF, *The State of the World's Children 2021*, as crianças e os adolescentes podem ter sido poupados aos piores efeitos físicos da COVID-19, contudo esta pandemia originou uma enorme preocupação pela sua saúde mental e bem-estar uma vez que, globalmente, pelo menos uma em cada sete crianças foi diretamente afetada pelo confinamento (UNICEF, 2021b).

O relatório da UNICEF, *Life in Lockdown*, descreve que durante as fases iniciais da pandemia, as crianças e adolescentes eram considerados como estando em menor risco de sofrer complicações físicas graves da COVID-19, no entanto, a pandemia teve um impacto significativo, não apenas na sua saúde mental, mas também das suas famílias e comunidades onde estão inseridos (UNICEF, 2021a).

Para as crianças e adolescentes, o encerramento das escolas traduziu-se numa perda de rotinas diárias das atividades escolares, desportivas, lúdicas, convívios com amigos e oportunidades de desenvolvimento psicológico, físico,

social e emocional, o que conduziu os enfermeiros EESIP a refletir sobre qual o real impacto futuro do isolamento social num grupo etário que depende fortemente da socialização com os seus pares e quais as estratégias necessárias para minimizar os seus efeitos.

Vários estudos realizados indicam que a pandemia afetou a saúde mental das crianças e adolescentes provocando: aumento de stress e ansiedade, refletindo o medo de infeção, a incerteza sobre os isolamentos sociais, o encerramento das escolas, e o desafio de adaptação ao novo normal; aumento de sintomas depressivos e de tristeza; aumento de sentimentos de raiva, negatividade, irritabilidade e desatenção; aumento do consumo de álcool e de outras substâncias psicoativas; menos exercício físico e menos tempo de sono associados, em certa medida, a um sofrimento psicológico. Verificou-se um aumento exponencial do tempo de exposição a ecrãs, de forma desigual, permitindo a alguns o acesso à educação, mas aumentando o tempo de jogos online e acesso a redes sociais, tornando-os vulneráveis aos riscos associados à internet. Contudo, também há registos, mas em menor número, de que algumas crianças gozaram de maior satisfação de vida durante os isolamentos pois puderam passar mais tempo de qualidade com a sua família aproveitando a pausa escolar (UNICEF, 2021a, 2021b).

Se, em alguns casos, o aumento do tempo passado em casa reforçou os laços familiares, noutros casos, existiram crianças e adolescentes a enfrentar situações de violência doméstica, negligência ou maus-tratos, perdendo o acesso a redes de apoio e segurança, como é o caso das escolas (OMS, 2020).

Com o objetivo de diminuir os fatores de risco e promover os fatores de proteção é prioritário fortalecer a capacidade de atuação na promoção da saúde das crianças e dos adolescentes, articulando esforços sociais e políticos (Fiocruz, 2021), sendo essencial uma ação interventiva a nível individual e coletiva. Contudo, para além de ser elementar a necessidade de desenvolver capacidades adaptativas de coping nas crianças e nos adolescentes, é igualmente fundamental desenvolver estratégias que apoiem o bem-estar dos pais, investindo na sua capacitação para o desempenho e usufruto de uma parentalidade positiva (UNICEF, 2021a, 2021b; Viner et al., 2022).

Estamos, assim, perante um conjunto de desafios para os enfermeiros, particularmente especialistas em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

2. METODOLOGIA

A metodologia de projeto foi a abordagem metodológica que orientou este percurso formativo com vista a desenvolver competências de Mestre em Enfermagem e de Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica.

A metodologia de projeto tem como finalidade a resolução de um problema identificado, planeando e implementando estratégias para a sua resolução, tendo como objetivo o desenvolvimento de competências, constituindo-se como uma “ponte entre a teoria e a prática”, promovendo uma “prática fundamentada baseada em evidência”, sendo uma metodologia que se divide em cinco etapas: diagnóstico da situação, definição de objetivos, planeamento, execução e, avaliação e divulgação dos resultados, através da elaboração de um relatório (Ruivo et al., 2010).

Deste modo, o percurso formativo teve início na tomada de consciência das minhas necessidades de formação e de competências a desenvolver, através do autodiagnóstico das necessidades de aprendizagem, no âmbito do desenvolvimento das competências específicas do EEESIP preconizadas pela OE (Regulamento n.º 422/2018, 2018), o que permitiu identificar as competências já desenvolvidas e as competências com potencial de desenvolvimento e de melhoria.

Após o exercício de autodiagnóstico, com base na experiência profissional prévia em cuidados de saúde primários, bem como nos interesses pessoais pela área da promoção da saúde e pelos efeitos negativos colaterais da pandemia COVID-19 com elevado impacto nos adolescentes, surgiu uma necessidade de pesquisa da evidência científica mais recente, o que motivou a delimitação da problemática. Posteriormente, foi-se construindo um enquadramento teórico sintetizado através da construção de um mapa conceptual (apêndice I).

No planeamento do percurso formativo, foram definidos objetivos gerais, objetivos específicos e atividades a realizar para atingir os mesmos, nos diferentes contextos de estágio preconizados no plano de estudos do curso, com vista a desenvolver as competências de Mestre e de EEESIP.

Foram definidos os seguintes objetivos gerais e respetivos objetivos específicos:

Objetivo Geral 1: Desenvolver competências de EEESIP no cuidado à criança, ao adolescente e família, nos processos de saúde-doença, atendendo às suas etapas de desenvolvimento.

- ♦ 1.1. Aprofundar conhecimentos no cuidar à criança, adolescente e família com necessidades de cuidados de saúde.
- ♦ 1.2. Colaborar no cuidado à criança, adolescente e família com necessidades de cuidados de saúde.
- ♦ 1.3. Aperfeiçoar técnicas de comunicação à criança, adolescente e família com necessidades de cuidados de saúde.

Objetivo Geral 2: Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados na área da promoção da saúde dos adolescentes, em tempo de pandemia COVID-19.

- ♦ 2.1. Caracterizar os motivos de admissão de adolescentes no serviço de urgência, antes e durante a pandemia COVID-19.
- ♦ 2.2. Identificar as dificuldades e barreiras sentidas pelos enfermeiros, face à pandemia COVID-19, que vieram limitar a qualidade da prestação dos cuidados de enfermagem.
- ♦ 2.3. Identificar as intervenções promotoras da saúde dos adolescentes implementadas pelos EEESIP, em tempo de pandemia COVID-19.

Para atingir estes objetivos foram realizados estágios, em 5 contextos de cuidados pediátricos diferentes de forma a abranger várias áreas de intervenção à criança, ao adolescente e às suas famílias, cuja duração da experiência foi organizada de acordo com o cronograma elaborado (apêndice II).

Dentro das limitações impostas pela pandemia COVID-19, com a diminuição do número de campos de estágio disponíveis e com uma maior carga horária nos contextos de trabalho para dar resposta às necessidades emergentes dos serviços, a escolha dos campos de estágio prendeu-se com uma maior proximidade ao meu local de trabalho e com melhor acessibilidade à região onde resido, optando por contextos com adequabilidade aos objetivos definidos, às competências a desenvolver e à respetiva adequação à temática em estudo.

Os estágios nas áreas da urgência pediátrica, internamento de pediatria e unidade de neonatologia, para uma melhor gestão pessoal do tempo, foram

realizados no hospital onde desempenho funções, e por serem serviços que cumpriam as condições necessárias ao cumprimento dos objetivos definidos. A escolha do local de estágio no Centro de Desenvolvimento (CD) prendeu-se com o facto de ser um centro de referência a nível nacional, reconhecido como uma unidade multiprofissional para atendimento de crianças, adolescentes, e suas famílias, que promove a ligação com a comunidade e a parceria institucional para a continuidade dos cuidados. A escolha da Unidade de Saúde Familiar (USF) como contexto de cuidados de saúde primários, deveu-se ao facto de ser uma unidade estruturada e a funcionar com um sistema de contratualização interna, que visa aumentar a acessibilidade e qualidade dos cuidados prestados ao utente, assim como a satisfação dos profissionais.

Antes do início dos estágios foi elaborado um guia orientador, onde se planearam atividades a desenvolver, com vista a alcançar os objetivos propostos, personalizadas a cada contexto que, por vezes, foram ajustados atendendo às suas realidades (apêndice III).

Com apoio na experiência profissional prévia, nas pesquisas da evidência científica e na reflexão crítica sobre a observação e sobre a participação na prestação de cuidados de enfermagem nos diversos contextos de estágio, apresenta-se o percurso formativo suportado particularmente no referencial teórico de enfermagem de Nola Pender, o Modelo de Promoção da Saúde, e guiado pela filosofia dos cuidados pediátricos: cuidados centrados na criança/adolescente e na família; cuidados não traumáticos; e, parceria de cuidados.

Com recurso à metodologia referida, em seguida passa-se à descrição e análise dos objetivos e atividades desenvolvidas, correspondendo a elaboração deste relatório à fase de avaliação e divulgação dos resultados.

3. DESCRIÇÃO E ANÁLISE DO PERCURSO FORMATIVO: DOS OBJETIVOS PROPOSTOS AO DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

É essencial a formação contínua para o desenvolvimento profissional de modo a promover a qualidade e a excelência na prestação de cuidados de enfermagem.

O desenvolvimento de competências de EEESIP implica aumentar e fortalecer um corpo abrangente e integrador de conhecimentos, habilidades, comportamentos e atitudes no âmbito da saúde infantil e pediatria em diversas áreas de atuação, de forma a capacitar o enfermeiro para, de forma específica, cuidar da criança, do adolescente e das suas famílias nas diferentes situações de saúde e doença, nos contextos em que se encontram.

O EEESIP presta cuidados de enfermagem dirigidos ao binómio criança e família, desde o nascimento da criança até aos seus 17 anos e 364 dias de idade, sendo que em caso de doença crónica, incapacidade e/ou deficiência os cuidados poderão ser prolongados até aos 21 ou 25 anos e/ou até que sejam reunidas as condições necessárias para uma transição segura e adequada para os cuidados no âmbito da vida adulta.

O EEESIP tem o desígnio de promover a mais elevada condição de saúde à criança e ao adolescente saudável ou doente através da prestação de cuidados de enfermagem de nível avançado com segurança e competência, proporcionar educação para a saúde, assim como identificar e mobilizar recursos de suporte à família ou pessoa significativa e trabalhar em parceria, em qualquer contexto em que se encontrem, sejam hospitais, centros de saúde, escolas, comunidade, instituições de acolhimento, cuidados continuados ou em casa (Regulamento n.º351/2015, 2015).

O foco de intervenção do EEESIP é a promoção do crescimento e do desenvolvimento da criança e do adolescente, com orientação antecipatória às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infantil, a gestão do bem-estar, a deteção precoce e o encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida, a promoção da autoestima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à sua saúde e bem-estar (Regulamento n.º351/2015, 2015).

Neste contexto, e conforme orientação do regulamento n.º 140/2019, as competências comuns do EE estão integradas em quatro domínios: a responsabilidade profissional, ética e legal; a melhoria contínua da qualidade; a gestão dos cuidados; e, o desenvolvimento das aprendizagens profissionais (2019). E, as competências específicas de EEESIP, tal como enunciadas no regulamento n.º 422/2018, são: assistir a criança/jovem e família, na maximização da sua saúde; cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; e, prestar cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (2018).

O presente capítulo tem como finalidade apresentar, descrever e analisar criticamente as atividades e aprendizagens realizadas no percurso de desenvolvimento das competências de EEESIP.

Para tal, optou-se por organizar a exposição e reflexão das atividades desenvolvidas em cada contexto e o crescente desenvolvimento de competências ao longo dos estágios por objetivos, em que cada subcapítulo representa um objetivo geral, seguindo-se os respetivos objetivos específicos, transversais aos vários contextos, com a finalidade de concretizar os objetivos gerais propostos.

3.1. Desenvolver competências de EEESIP no cuidado à criança, ao adolescente e família, nos processos de saúde-doença, atendendo às suas etapas de desenvolvimento.

Para o primeiro objetivo geral foram definidos, como anteriormente referido, objetivos específicos transversais a todos os contextos de estágio:

- ♦ Aprofundar conhecimentos no cuidar à criança, adolescente e família com necessidades de cuidados de saúde.
- ♦ Colaborar no cuidado à criança, adolescente e família com necessidades de cuidados de saúde.
- ♦ Aperfeiçoar técnicas de comunicação à criança, adolescente e família com necessidades de cuidados de saúde.

Cada estágio teve início com uma reunião com as respetivas enfermeiras chefes e enfermeiras orientadoras, enfermeiras especialistas em saúde infantil e pediatria, e peritas nas áreas onde desenvolvem a sua atividade, para

conhecimento do contexto, com apresentação do serviço, da sua organização e funcionamento, das equipas multidisciplinares e das necessidades do serviço. Também era habitualmente o momento destinado à apresentação do projeto e início da discussão do guia orientador elaborado para cada local de estágio, onde se debatiam os objetivos e atividades a realizar, tendo sido, por vezes, necessário redefinir, adequar e otimizar as atividades inicialmente propostas, de acordo com as necessidades dos serviços e/ou as limitações existentes, tornando o percurso mais favorável às aprendizagens e mais adequado ao contexto em questão.

Em cada estágio foi consultada a documentação do serviço, como normas, protocolos e algoritmos de atuação, manuais e outros documentos relevantes. Foi realizada pesquisa bibliográfica específica atendendo ao contexto de cada prática. Foi identificada a metodologia de trabalho adotada pelos enfermeiros EESIP de cada serviço.

No decorrer do estágio foram observados os cuidados prestados pelo EEESIP, à criança, ao adolescente e família, bem como, o papel que este desempenha na equipa multidisciplinar, e foi notório que o EEESIP, funciona como um elemento de referência para toda a equipa multidisciplinar na gestão e articulação multidisciplinar dos cuidados e com grande foco numa constante procura e partilha de saberes e experiências que se traduzem em cuidados de elevada qualidade.

Na procura permanente da excelência no exercício profissional, o EEESIP contribui para a máxima eficácia e eficiência na organização dos cuidados de enfermagem, tendo sempre em consideração os objetivos do serviço e as características das crianças/adolescentes e famílias, sendo essencial a utilização de metodologias de organização dos cuidados de enfermagem promotoras de qualidade, tal como está preconizado nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem (Regulamento n.º 351/2015, 2015). Como tal, o desempenho do EEESIP assenta na premissa de cuidar a criança/adolescente e família na sua integralidade, reconhecendo as suas potencialidades e capacidades para agir e decidir (Rego & Coelho, 2016).

O método de organização dos cuidados de enfermagem constitui uma das bases do exercício profissional, com diversas implicações e fatores que determinam a qualidade, a excelência e a segurança dos cuidados de

enfermagem prestados, ao menor custo, melhorando os resultados de satisfação das crianças/adolescentes e famílias (Parreira et al., 2021; Ventura-Silva et al., 2021).

Os métodos mais utilizados e descritos na literatura são quatro: método à tarefa ou funcional, método individual, método de equipa e método de enfermeiro de referência. Estes métodos habitualmente são divididos por duas categorias: métodos de organização de cuidados focados nas tarefas (método funcional) e métodos de organização de cuidados focados no utente (método individual, método de equipa e método de enfermeiro de referência).

O método à tarefa ou funcional baseia-se na distribuição de tarefas padronizadas pelos enfermeiros, que alcançam proficiência através da repetição sistemática de técnicas, nas quais o alvo da ação não é a criança/adolescente, é a tarefa. Este é um método com alto nível de produtividade associado à economia de tempo, pois as tarefas são efetuadas com rapidez, contudo existe uma maior probabilidade de ocorrência de erros ou eventos adversos. O método individual baseia-se na abordagem global à criança/adolescente, em que um enfermeiro assume a responsabilidade total pelos cuidados a prestar a um grupo de crianças/adolescentes durante o seu turno e estes são o seu alvo da ação. No método de equipa os enfermeiros são divididos por grupos, sendo coordenados por um responsável, habitualmente designado pela sua maior competência ou mais tempo no serviço, que planeia os cuidados distribuindo os enfermeiros com base nas características de cada profissional, garantindo que as competências de cada enfermeiro são maximizadas, rentabilizando os recursos do grupo no sentido de uma prestação de cuidados integrais às crianças/adolescentes. O método de enfermeiro de referência “primary nursing” consiste na prestação de cuidados através de uma responsabilidade individualizada nas tomadas de decisão, ou seja, neste método o enfermeiro é totalmente responsável pela elaboração, implementação e avaliação de todo o processo de enfermagem e pela coordenação e supervisão de todos os cuidados, podendo delegar alguns cuidados garantindo a continuidade dos mesmos em parceria com outros enfermeiros (Ventura-Silva et al., 2021).

Relativamente à metodologia de trabalho adotada pelos enfermeiros EESIP verificou-se que cada serviço adotava a metodologia que melhor se adequa às suas características próprias internas e externas relacionadas com

vários fatores como por exemplo: os objetivos da organização e do serviço, os recursos materiais e humanos disponíveis e as características das crianças/adolescentes e famílias, como o número, o grau de dependência, o tempo médio de permanência no serviço, entre outros.

Nos cinco contextos de estágio, foi possível identificar a utilização de todas as metodologias de organização da prestação de cuidados de enfermagem. No serviço de urgência pediátrica utilizava-se o método funcional nas diferentes áreas e era utilizado o método individual nas salas de observação. No serviço de internamento de pediatria e na unidade de neonatologia era utilizado “um misto” entre os métodos individual e de equipa e, no Centro de Desenvolvimento (CD) e na Unidade de Saúde Familiar (USF) utilizava-se o método de enfermeiro de referência. Assim, foi possível verificar que maioritariamente são utilizadas metodologias de organização de cuidados centrados na criança, no adolescente e na família, onde os cuidados são prestados de acordo com o processo de enfermagem, começando pela identificação das necessidades com a definição de prioridades, e em parceria é realizado o planeamento, a implementação e a avaliação das intervenções implementadas, proporcionando cuidados holísticos, individualizados, personalizados e integrados.

Neste enquadramento de organização e gestão de cuidados, no desenvolvimento de competências de otimização do trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados, aquando do estágio de neonatologia, foi possível participar ativamente na gestão de risco e controlo de materiais, equipamentos e terapêutica, inclusive, foi reorganizada a terapêutica da rede de frio, com vista a minimizar a probabilidade de ocorrência de erro humano, com posterior elaboração de um protocolo de controlo de stocks e de validades da terapêutica da rede de frio a implementar na unidade, sobre a qual foi desenvolvida uma sessão de apresentação do protocolo para a sua correta implementação (apêndice IV).

A ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde é uma realidade dos sistemas de saúde modernos. A implementação de políticas e estratégias que reduzam estes incidentes, uma parte dos quais é evitável, é reconhecida, nacional e internacionalmente, como conducente a ganhos em saúde e constitui hoje uma aposta inequívoca em saúde(DGS, 2021).

Na USF, uma vez que a enfermeira orientadora do estágio era também a enfermeira coordenadora da unidade, foi possível colaborar na gestão dos horários de enfermagem e na gestão do material clínico, o que me permitiu ter uma visão alargada do papel do enfermeiro gestor que detém um conhecimento efetivo, no domínio da disciplina de enfermagem, da profissão de enfermeiro e no domínio específico da gestão em enfermagem, tendo em conta as respostas humanas aos processos de vida e aos problemas de saúde, garantindo o cumprimento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem na unidade onde desempenha esse papel, sendo o motor do desenvolvimento profissional (técnico, científico e relacional) da sua equipa, da construção de ambientes favoráveis à prática clínica e da qualidade do serviço prestado ao cidadão e, é o gestor de pessoas, da segurança dos cuidados, da adequação dos recursos, da formação, do risco clínico, da mudança, das relações profissionais e dos conflitos (Regulamento n.º 101/2015, 2015).

No percurso de desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista nos domínios da melhoria contínua da qualidade e da gestão dos cuidados, no decorrer do estágio na USF, perante a identificação de dificuldades por parte dos profissionais na utilização de um programa informático (SISQUAL WFM) para a gestão e o controlo dos dados de registo de assiduidade dos colaboradores, e uma vez que da minha experiência profissional domino a sua utilização, foi possível formular e implementar duas normas de procedimentos internas (pedidos de marcação e pedidos de troca de horário), com vista a uniformizar procedimentos na utilização do programa informático, reduzir o tempo de uso e minimizar o erro na sua utilização (apêndices V e VI). A finalidade da conceção e implementação destas normas internas foi o diminuir o tempo de utilização do programa informático por parte dos colaboradores que gastavam tempo excessivo nas várias tentativas de utilização, resultando uma diminuição do tempo de atendimento aos utentes e, conseqüentemente, diminuir o tempo de utilização do programa informático por parte da enfermeira gestora na correção dos inúmeros erros colocados involuntariamente pelos colaboradores.

Nesta conjuntura o enfermeiro na função de gestor desempenha um papel determinante no sucesso e sustentabilidade da organização não só pelo seu papel decisivo na avaliação das necessidades de todos os envolvidos, como pela sua proximidade e conhecimento dos utentes e comunidades. No processo de

gestão em enfermagem, querer a excelência é antes de mais conseguir liderar criticamente os recursos humanos, materiais e financeiros, influenciando e mobilizando todos os envolvidos, desde o poder político ao colaborador para a qualidade dos cuidados de saúde, pelo recurso a uma comunicação efetiva (Freitas, 2018).

Relativamente ao primeiro objetivo específico transversal delineado “aprofundar conhecimentos no cuidar à criança, adolescente e família com necessidades de cuidados de saúde”, foram desenvolvidas atividades com vista ao desenvolvimento de competências comuns de EE e de competências específicas de EEESIP, nomeadamente B1.1; B3.2; C2.1; D1.1; D2.2; e, D2.3 (Regulamento nº140/2019, 2019), e E1.1; E1.2; E2.1; E2.5; e, E3.1 (Regulamento nº422/2018, 2018).

Após tomada de conhecimento dos serviços quanto às suas estruturas, modelos de organização e gestão, no início de cada contexto de estágio, na procura de atualização do conhecimento, foi necessária a realização de pesquisa bibliográfica específica em cada um dos contextos, cada um com as suas exigências e práticas distintas, com vista a aprofundar conhecimentos no cuidado à criança, adolescente e família com necessidades de cuidados de saúde, de forma a poder suportar a prática clínica na evidência científica.

Os estágios realizados na USF e no CD foram fundamentais: (1) para aprofundar conhecimentos sobre o desenvolvimento infantil e juvenil, reconhecendo que é influenciado por fatores hereditários e ambientais, pelo que a única característica comum a todas as crianças e adolescentes é o processo de crescimento e desenvolvimento, de onde resultam mudanças a nível físico, cognitivo e emocional (Carrondo, 2006) e desenvolver intervenções promotoras do mesmo; (2) para revalidar a pertinência de uma gestão adequada dos cuidados e de um bom planeamento; e, (3) para reconhecer a importância e identificar as várias formas de comunicar e articular com os parceiros - instituições, grupos comunitários e redes de apoio com estruturas, programas e projetos, dentro e fora do setor da saúde - de forma a responder à complexidade das necessidades em saúde das crianças, adolescentes e famílias que requerem, de modo crescente, atuações multiprofissionais e interdisciplinares para dar continuidade aos cuidados essenciais ao seu bem-estar.

No CD foi possível observar e participar numa interessante prática da equipa multidisciplinar, os encontros “Journal Club”. Estes encontros são semanais, com a participação de todos os profissionais de saúde da unidade, em que é realizada uma apresentação sobre um artigo científico publicado recentemente, criando-se um tempo e um espaço produtivo de discussão, permitindo que a equipa se mantenha atualizada quanto à evidência científica mais recente publicada. Esta prática assume três grandes propósitos: (1) ensinar e desenvolver habilidades de avaliação crítica; (2) aumentar a exposição à evidência científica em rápida evolução; e, (3) ajudar na concretização de uma prática clínica informada, baseada na evidência (Bhattacharya, 2017).

Os estágios de pediatria em meio hospitalar, foram em todos os aspetos uma novidade, pois nunca tinha vivenciado qualquer experiência nestes contextos, nem a nível pessoal nem profissional. A minha experiência profissional em meio hospitalar foi sempre em urgência geral de adultos, em que a relação terapêutica que se estabelece é uma parceria “enfermeiro – utente”. Os estágios na urgência pediátrica, no internamento de pediatria e na neonatologia, cada um com as suas especificidades, permitiram uma panóplia de aprendizagens no cuidar do recém-nascido, da criança e do adolescente e família, tendo sido possível conhecer e participar uma realidade até então desconhecida.

Nos cinco contextos de estágio, foi possível prestar cuidados de enfermagem centrados na criança, no adolescente e na família, valorizando a colaboração em todos os níveis de cuidados - no planeamento estratégico, no desenvolvimento das intervenções e na avaliação dos cuidados. Pois, é através de uma perspetiva baseada na capacitação e no empowerment das crianças/adolescentes e famílias e no reconhecimento de que são aliados essenciais, que se podem obter os melhores resultados em saúde, as melhores experiências de cuidado, os maiores graus de satisfação dos enfermeiros e uma gestão de recursos mais sensata [Hockenberry & Barrera, 2014; IPFCC, 2022].

Como exemplo da parceria e capacitação dos pais, sempre que existia a necessidade de realizar uma lavagem nasal a um recém-nascido (RN) ou a uma criança, era explicado todo o procedimento ao acompanhante (mãe, pai, pessoa significativa), a pertinência da sua execução e os seus benefícios, e era realizada uma demonstração. Após a capacitação do familiar, este já se tornava autónomo

para a realização da técnica, sempre que necessário, durante a hospitalização e no domicílio, após a alta.

É desejável que o tempo necessário para o crescimento e desenvolvimento da criança e do adolescente seja vivido de forma feliz e harmoniosa, sem lugar para a dor e/ou o sofrimento que são fatores de instabilidade e desequilíbrio para toda a estrutura familiar (OE, 2013), contudo verifiquei que a hospitalização, em muitas situações, representou isso mesmo. Foram inúmeras as vezes, em que a tristeza, a dor e a ansiedade estiveram presentes, mas principalmente durante a admissão e na realização de técnicas invasivas.

Assim, reconhecendo que a dor e o sofrimento na criança e no adolescente, frequentemente associados ao medo e à ansiedade, apresentam uma enorme variabilidade na forma como são exteriorizadas, devido às especificidades de cada grupo etário, os EEESIP em parceria com os pais, devem criteriosamente avaliar e interpretar o estado emocional da criança, reconhecendo a sua individualidade, com vista à implementação de estratégias diferenciadas, ajudando-os a lidar com cada situação, facilitando a sua expressão e autocontrolo (Instituto de Apoio à Criança, 2008; OE, 2013).

De forma a reduzir ao mínimo as agressões físicas, emocionais e a dor durante a prestação de cuidados, sempre que a situação clínica o permitia, os EEESIP procuravam todos os meios ao seu alcance para que os cuidados fossem promotores desta filosofia de cuidados. Por exemplo, em contexto de urgência, quando era necessário a administração de uma penicilina por via intramuscular a um adolescente, a ansiedade era grande e a sua exteriorização acontecia com choros, gritos e tentativas de fuga. Nestas situações, com empatia e tranquilidade, era explicado o procedimento ao adolescente e ao acompanhante (mãe, pai, pessoa significativa), a pertinência da sua execução e os seus benefícios, e posteriormente era-lhes dado o espaço e o tempo necessários para se prepararem. Só, depois, quando o adolescente estava emocionalmente mais disponível é que era administrada a terapêutica prescrita. Outro exemplo, mas em contexto de internamento, como a maioria dos cuidados são planeados, para se realizarem colheitas de sangue a uma criança ou adolescente, era explicado o procedimento, a pertinência da sua execução e os

seus benefícios e era colocado EMLA¹ no local planejado para punção. Assim, após uma hora, a criança/adolescente e a família, uma vez que sabiam que não haveria dor física e como estavam informados sobre todo o procedimento a executar, já estavam mais calmos e disponíveis para colaborar.

Relativamente ao segundo objetivo específico transversal “colaborar no cuidado à criança, adolescente e família com necessidades de cuidados de saúde”, foram desenvolvidas atividades com vista ao desenvolvimento de competências comuns de EE e de competências específicas de EEESIP, nomeadamente A1.1; A2.1; C1.1; C2.1; D1.1; D2.2 (Regulamento nº140/2019, 2019) e, E1.1; E1.2; E2.1; E2.2; E2.4; E2.5; E3.1; E3.2 (Regulamento nº422/2018, 2018).

Dada a minha experiência profissional prévia em cuidados de saúde primários, as consultas de enfermagem de saúde infantil não foram uma novidade. Contudo foi possível aperfeiçoar a qualidade dos cuidados prestados a partir de um novo olhar sobre a prática, fazendo agora a diferença, nas experiências de saúde e doença das crianças, adolescentes e famílias, assumindo o papel de EEESIP.

No CD as consultas de enfermagem eram agendadas pelo administrativo, sob orientação do EEESIP em conjunto com a família, e para o mesmo dia eram agendadas consultas com outros profissionais, pois dado que são várias as necessidades de saúde das crianças, adolescentes e famílias frequentadoras do centro, um dos cuidados a ter é conseguir articular o maior número de consultas e terapias no menor número possível de dias, com vista a minimizar o número de idas ao CD, reduzindo consequentemente o absentismo das crianças e adolescentes à escola e das famílias ao trabalho.

As consultas de vigilância de saúde no CD são programadas consoante a necessidade da criança, do adolescente e da família, sendo totalmente personalizadas caso a caso. Com o início da pandemia, por orientações superiores e por necessidade de controlo da propagação do COVID-19, o centro deixou de prestar assistência presencial, passando a oferecer apoio apenas via telefone ou por email. Durante o período do estágio, o CD já estava a funcionar

¹ Creme indicado para anestesiar a pele, diminuindo a sensibilidade e a dor, em situações como a picada de agulhas ou pequenas cirurgias.

com atendimento presencial mas com algumas limitações a nível de livre circulação de pessoas, sendo então, apenas possível a presença de um acompanhante, e foram colocadas algumas barreiras físicas acrílicas, que vieram alterar a forma de atuação do CD, que previamente à pandemia regiam-se por uma política de proximidade com as crianças, adolescentes e famílias, em que o toque era desejável, bem como o abraço e uma oportunidade para a expressão livre de emoções.

A limitação imposta em só se consentir a presença de um acompanhante, deixou de permitir, ao mesmo tempo e em grupo, as sessões de educação para a saúde, a partilha de experiências, de motivações e/ou de dificuldades nos cuidados por parte da mãe, do pai e/ou de irmãos, que segundo a enfermeira orientadora, eram momentos de partilha muito relevantes para a maximização da qualidade dos cuidados na satisfação das suas necessidades.

Durante o estágio no CD dada a especificidade e complexidade de cada situação assumi um papel de observador participante durante as consultas de enfermagem que me permitiu compreender a forma como a EEESIP interagia com a criança, adolescente e família e também como ia orientando os momentos da consulta através da entrevista aos pais com partilha de dúvidas.

Este campo de estágio, foi o local por onde passei por maiores dificuldades de gestão emocional, pois nunca tinha experienciado contactar com tantas crianças e adolescentes com perturbações graves de desenvolvimento motor e cognitivo.

Em reflexão com a enfermeira orientadora foi possível consolidar a minha visão sobre o impacto familiar de um diagnóstico como o da paralisia cerebral. Este diagnóstico implica que a família tenha de se reorganizar no momento do diagnóstico relativamente à dinâmica de casal, à relação com os outros filhos, à relação com a família alargada e com os amigos, disponibilidade para ter uma atividade profissional, de forma a aprender a cuidar desta criança, mas também de perspetivar a sua vida a longo prazo e contar com várias dificuldades ao longo do tempo (por exemplo, a necessidade de frequentes hospitalizações por doença).

Ao EEESIP cabe o papel de apoiar, informar e capacitar os pais para cuidar do seu filho, com uma forte aposta nos cuidados antecipatórios, para

prevenir os efeitos disruptivos da doença crónica e para que exista uma continuidade de cuidados no domicílio.

É igualmente necessário que existam estruturas na comunidade que apoiem estas famílias para que possam, por exemplo, manter-se no mercado de trabalho, sentirem que enquanto indivíduos têm valor e não são apenas a mãe ou o pai de uma criança ou adolescente com necessidades especiais, e o EEESIP consegue ter um papel fundamental neste apoio, seja na avaliação do crescimento e desenvolvimento, na preocupação com o seu conforto intervindo no sentido do controlo da dor e da ansiedade, e na articulação com outros profissionais e restantes estruturas que apoiam a criança, o adolescente e a família. Para tal, é essencial o estabelecimento de uma relação de confiança com os pais, no sentido de os considerar e fazer sentir como parceiros, de os incluir nas diferentes intervenções e na elaboração dos planos de cuidados, reconhecendo-lhes capacidades e dando-lhes mais ferramentas para cuidarem dos seus filhos, de uma forma que lhes dê mais satisfação no exercício do seu papel parental, de acordo com os cuidados centrados na criança/adolescente e família. Desta forma, será também possível ao EEESIP promover a esperança dos pais num futuro melhor uma vez que a partilha de informação, o estabelecimento de uma relação de confiança, o reforço positivo e o reconhecimento da capacidade cuidadora da família, a articulação com outros profissionais e com a comunidade são estratégias de promoção de esperança que contribuem para a qualidade de vida destas famílias (Magão & Leal, 2001; OE, 2013; Charepe, 2014).

Em 50h de contacto, que se traduziram em seis dias de consultas, foi possível observar e aprender muito através das práticas de cuidados holísticas e personalizadas praticadas pelas EEESIP e peritos na área, onde foi clara a competência comunicacional de toda a equipa que abordava e cuidava destas famílias, sempre com um discurso adequado ao estágio de desenvolvimento da criança, à situação e à família, com adaptação à cultura e grau de literacia. E fui confrontada com a necessidade de se trabalhar constantemente com os pais, irmãos, outros elementos familiares próximos e pessoas de referência, a esperança realista, não apenas no período após o nascimento, mas ao longo de todo o processo de crescimento e de desenvolvimento, razão pela qual foi

elaborada uma análise reflexiva sobre esta temática, alusiva à promoção da esperança na família da criança com paralisia cerebral (apêndice VII).

Na USF as consultas de enfermagem de saúde infantil eram programadas através de contacto prévio, preferencialmente por telefone mas também através de email ou por mensagem privada através das redes sociais (WhatsApp ou Messenger), realizado pela enfermeira de referência de cada família, no qual para além de se encontrar o melhor dia e hora para a família, era questionado se estava a correr tudo bem, se tinham existido problemas de saúde desde a última consulta e eram explicados quais os temas a abordar em consulta para que os pais/cuidadores/pessoa de referência pudessem refletir sobre os mesmos antes da consulta.

Na USF as consultas de enfermagem são programadas para as idades-chave de desenvolvimento, segundo o que está preconizado no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), correspondentes a acontecimentos importantes na vida do bebé, da criança ou do adolescente, consoante as etapas do desenvolvimento a vários níveis tais como físico, psicomotor, cognitivo, emocional, socialização, alimentação e escolaridade, em harmonia com o esquema cronológico preconizado no Programa Nacional de Vacinação (PNV). Contudo, as idades-chave não eram rígidas e a sua periodicidade era adequada a casos particulares, sendo algumas das consultas umas vezes introduzidas e outras vezes eliminadas em momentos especiais do ciclo de vida das famílias, como, por exemplo, em situações de doença grave, luto, separações ou nascimento de irmãos, tal como recomendado no PNSIJ (DGS, 2013).

Realizei consultas de enfermagem de saúde infantil em todas as faixas etárias: recém-nascido, latente, idade pré-escolar, idade escolar e adolescentes, aos quais (1) analisei os planos individuais de saúde e avaliei o crescimento e o desenvolvimento, utilizando a escala Mary Sheridan Modificada (quando aplicável) através da observação do comportamento da criança, da estimulação realizada com recurso a brinquedos disponíveis na sala de enfermagem e da entrevista à criança/adolescente e aos pais, registando os dados obtidos (no boletim de saúde infantil e juvenil e em suporte informático); (2) através de “ensinos”, transmissão de cuidados antecipatórios, esclarecimentos de dúvidas durante a consulta e com a entrega de folhetos informativos, promovi, adequando às diferentes idades e às necessidades individuais e familiares, a

adoção de comportamentos promotores de saúde relacionados com a higiene, a alimentação, o exercício físico, a prevenção de acidentes, o brincar e a socialização; (3) estimei o exercício de uma parentalidade e vinculação seguras, promovendo o bem estar da família, com a transmissão de cuidados antecipatórios às crianças, jovens e famílias; (4) estimei o desenvolvimento pessoal e social e a autodeterminação das crianças e adolescentes para uma progressiva responsabilização sobre as escolhas relativas à saúde, prevenindo situações de risco acrescido; (5) abordei as doenças mais comuns em cada idade, reforçando o papel dos pais em como atuar e alertando para os sinais e sintomas que justificam o recurso aos diversos serviços de saúde; (6) e, estive atenta a possíveis situações de negligência, maus-tratos ou violência, de forma a poder atuar através da identificação, apoio e orientação.

Durante as consultas era dado reforço positivo nas etapas de desenvolvimento já conquistadas e reforçadas estratégias, de acordo com as necessidades, de forma a potencializar o seu desenvolvimento.

Tal como se espera de um EEESIP, a avaliação do desenvolvimento infantil, durante as consultas de enfermagem de saúde infantil, permitiram-me objetivar e compreender o nível do desenvolvimento da criança e se esta se encontrava dentro dos parâmetros desejáveis para a sua faixa etária, orientando assim a minha intervenção na capacitação e empowerment dos pais para a estimulação da criança, permitindo-me também identificar alterações no desenvolvimento e analisar as suas possíveis implicações na qualidade de vida, no sucesso educacional e na sua integração social.

Durante as consultas também promovi a adesão à vacinação, transmitindo informação sobre o plano nacional de vacinação, clarificando os benefícios de adesão e os riscos associados à recusa, esclarecendo as dúvidas e mitigando mitos e medos dos pais e, quando aplicável, procedi à administração de vacinas do PNV e extra PNV (com prescrição médica).

Durante a vacinação, reconhecendo que é um dos procedimentos dolorosos mais frequentes nas crianças e nos adolescentes a nossa atuação exigiu um cuidado específico assente na filosofia dos cuidados não traumáticos, através da preparação prévia das crianças, adolescentes e famílias para este procedimento, e o recurso a medidas não farmacológicas para minimizar o medo e a dor, nos momentos pré-vacinação, no ato de vacinação e no pós-vacinação.

O controlo da dor faz parte da essência dos cuidados de saúde, sendo um indicador de qualidade que deve ser assumido por todos os profissionais de saúde, não só por razões éticas e morais, mas igualmente por razões clínicas, sociais e económicas (Batalha, Almeida, Lourenço & Esteves, 2009). Infelizmente, apesar de ser possível avaliar e tratar a dor, existe uma diferença entre o conhecimento existente e as práticas efetivas.

A dor é uma experiência pessoal, multidimensional, desagradável, com grande variabilidade na sua perceção e na sua expressão, que acompanha, de forma transversal, a generalidade das situações que requerem cuidados de saúde (DGS, 2010). E, à experiência de dor estão frequentemente associados o medo e a ansiedade, fatores que dificultam a avaliação da dor e conseqüentemente a intervenção a implementar. Assim, é importante que os EEESIP, em parceria com a família, saibam avaliar e interpretar o estado emocional da criança e do adolescente, de forma a intervir corretamente, sendo a presença dos pais, quando por eles desejada, um elemento importante no planeamento de estratégias individualizadas uma vez que a criança e o adolescente se poderão sentir mais seguros e menos ansiosos.

As intervenções não farmacológicas funcionam como um importante recurso para o alívio da dor, de forma isolada ou em conjunto com as intervenções farmacológicas. A importância da sua utilização deve-se a muitas delas modificarem o significado da dor, conseguindo-se uma reestruturação cognitiva que acompanha a vivência da dor, modificando-se conseqüentemente as cognições responsáveis pelas reações de medo e ansiedade (OE, 2013).

São várias as intervenções não farmacológicas para o controlo e alívio da dor na criança e no adolescente, que podem ser classificadas como: comportamentais (por exemplo, o relaxamento); cognitivas (por exemplo, a informação prévia); cognitivo-comportamentais (por exemplo, a distração ou a imaginação guiada); físicas (por exemplo, a aplicação local de calor ou frio, o toque, a massagem, ou o posicionamento); suporte emocional (por exemplo, presença de alguém significativo); ambientais (por exemplo, diminuir a intensidade da luz ou do ruído) (OE, 2013).

Na vacinação de crianças no primeiro ano de vida, as técnicas utilizadas mais frequentemente durante o estágio na USF foram: o colo, o embalo e as carícias dos pais. Em crianças em idade pré-escolar utilizou-se o brinquedo,

vídeos e músicas no Youtube; em crianças em idade escolar utilizaram-se técnicas de respiração como relaxamento, a imaginação guiada e o brincar; e, em adolescentes utilizaram-se técnicas de respiração como relaxamento e o visionamento de vídeos no Youtube.

Foi assim possível, realizar uma avaliação e controlo da dor durante os momentos de vacinação, orientando a prática através do total envolvimento da criança, dos adolescentes e dos pais nos procedimentos, indo ao encontro do papel que é esperado do EEESIP, através de uma gestão autónoma e diferenciada da dor e do bem-estar das crianças e dos adolescentes, otimizando as respostas necessárias (Regulamento N^o 422/2018, 2018).

Trabalhar num serviço de urgência de pediatria foi um desejo alcançado a um mês antes do início deste estágio. O departamento de urgência e o seu funcionamento não eram uma novidade para mim, dada a minha experiência profissional em contexto de urgência geral, mas desde o início deste curso de mestrado que tinha traçado como meta a alcançar, a médio prazo, a transferência para o serviço de urgência pediátrica. E consegui a transferência para a urgência pediátrica através do reconhecimento das minhas competências por parte dos enfermeiros chefes e da direção de enfermagem do hospital.

Não é possível estabelecer comparações entre uma urgência geral de adultos e uma urgência pediátrica, contudo, conhecer bem o funcionamento de uma urgência geral facilita a integração no serviço de urgência pediátrica, no sentido em que já se conhece o fluxo de utentes e as possíveis orientações e encaminhamentos após uma admissão, também se reconhece que é um serviço sem rotinas, e onde a qualquer momento pode acontecer uma urgência, emergência ou catástrofe e há que estar preparado para agir em conformidade.

Recorrer a um serviço de urgência representa a necessidade urgente ou emergente em resolver um problema de saúde, mas felizmente, em pediatria as situações mais frequentes não implicam perigo de vida e estão maioritariamente relacionadas com as doenças comuns da infância e traumatismos ligeiros.

Trata-se de um contexto desafiante pela diversidade de cuidados que são prestados, pela complexidade técnica e pela emocionalidade intensa vivida pelas crianças, adolescentes, famílias e profissionais.

Foi favorável ter realizado a integração no serviço no mês anterior ao estágio, pois foi o tempo de conhecer os colegas de equipa de enfermagem, a

equipa multidisciplinar e o espaço. E, aquando do estágio, foi possível aproveitar as 100 horas exclusivamente à prestação de cuidados de enfermagem especializados e à reflexão sobre a prática especializada no cuidado à criança, adolescente e família.

Durante o estágio foi possível a prestação de cuidados especializados nas diferentes áreas da urgência, nomeadamente: triagem, sala de tratamentos, sala de observação e sala de emergência.

O primeiro contato com o serviço de urgência acontece no momento da triagem, onde é realizada uma primeira avaliação da situação de saúde de acordo com sistema de triagem de Manchester. Este posto, habitualmente, é assumido pelo enfermeiro mais experiente no serviço, capaz de identificar de forma rápida e eficaz situações de instabilidade. A triagem proporcionou-me momentos importantes de aprendizagem para o desenvolvimento de competências ao nível da tomada de decisão, do diagnóstico precoce e identificação de situações de agravamento de estado clínico. Concomitantemente, como a triagem constitui a primeira interação entre a criança, o adolescente e a família com o enfermeiro, a enfermeira orientadora tentava proporcionar um ambiente acolhedor, demonstrando disponibilidade e informava sobre todo o processo de atendimento e a dinâmica do serviço.

Apesar de maioritariamente, em serviço de urgência, o método de trabalho adotado ser o funcional, dadas as características únicas de um serviço de urgência, todos os cuidados de enfermagem eram prestados à luz da filosofia de cuidados pediátricos.

Durante a minha experiência, todas as crianças e os adolescentes estiveram sempre acompanhados durante a permanência no serviço e, excecionalmente, deparei-me com duas situações particulares de dois adolescentes com mais de 16 anos, que por motivos profissionais dos pais chegaram a estar sem acompanhante por breves horas. E, excecionalmente, experienciei uma situação de um adolescente de 13 anos que foi trazido ao serviço de urgência pelos bombeiros por motivo de intoxicação alcoólica e o seu tempo de permanência no serviço foi muito curto, pois após a sua estabilização clínica, por questões de segurança foi realizado pedido de internamento por não ter acompanhante.

Em sala de tratamentos foi possível aprimorar a minha capacidade técnica na realização de procedimentos invasivos, tais como: administração de terapêutica retal, oral, intramuscular, subcutânea e intravenosa; colheitas de sangue e de urina; colocação de cateteres venosos periféricos; entre outros. Em todos os procedimentos foi possível realizar uma gestão diferenciada da dor das crianças e adolescentes de diferentes faixas etárias, e desenvolver competências de EEESIP nesta dimensão, utilizando, para tal, estratégias não farmacológicas para controlo da dor, tais como: o incentivo da presença e da participação dos pais, o toque terapêutico, a sucção não nutritiva, a administração de sacarose, o uso do brinquedo, técnicas de distração, técnicas de relaxamento, massagem terapêutica, imaginação guiada, música e visualização de vídeos.

No serviço de urgência os enfermeiros confrontam-se frequentemente com a experiência de medo das crianças e adolescentes, e procuram desenvolver interações que transformem a situação de doença e hospitalização numa experiência positiva (Fernandes, 2012). Tal como referem Diogo, Vilelas, Rodrigues & Almeida (2016) a doença e a hospitalização, para a criança/adolescente e para o sistema familiar, são acontecimentos de vida geradores de stress, medo e ansiedade pois estão perante ambientes que desconhecem, rodeadas de procedimentos e equipamentos que lhe causam desconforto e dor.

Os principais stressores relacionados à hospitalização estão associados à separação, perda de controlo, lesão corporal e dor que tendem a ser potenciados em contexto de urgência. A criança/adolescente apresenta um número limitado de mecanismos de coping para lidar com todos estes stressores, e por esse motivo necessita de apoio externo (familiares, amigos, profissionais de saúde) para ultrapassar esta crise (Hockenberry & Wilson, 2014).

A evidência científica tem demonstrado uma evolução positiva no aumento da importância atribuída, por parte dos EEESIP, na gestão e minimização do medo, ansiedade e dor associados a procedimentos técnicos, sendo já uma realidade a existência de serviços de pediatria humanizados e adaptados às necessidades das crianças, adolescentes e famílias. Assim, na prestação de cuidados de enfermagem especializados foram várias as situações em sala de tratamentos em que foi possível atenuar o medo, a ansiedade e a

dor, de acordo com as características de cada um. Por exemplo, quando foi necessário colocar um cateter venoso periférico a um menino de 8 anos, explicar-lhe o procedimento e deixá-lo observar e tocar no material, diminuiu a sua ansiedade e o medo em relação ao desconhecido e permitiu-lhe estar mais disponível para colaborar no procedimento, assim como também diminuiu a ansiedade e nervosismo demonstrado pela mãe, que ficou mais calma e também demonstrou maior interesse por participar e ajudar. Ou, quando foi necessário administrar uma injeção intramuscular a uma menina de 5 anos, reparei que ela trazia vestida uma camisola de um desenho animado que integra uma banda infantil "*Panda e os Caricas*" e foi possível colocar no telemóvel da mãe, através da rede social *Youtube*, um vídeo de uma música a seu gosto desta banda e, com a colaboração da mãe, o procedimento foi menos doloroso e emocionalmente menos traumático.

Ao longo deste estágio, também foi possível reconhecer situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte, sendo necessária a prestação de cuidados de enfermagem adequados em sala de emergência, de acordo com a gravidade da situação. De valorizar a prática comum desenvolvida neste serviço em que, respeitando a vontade dos pais, é valorizada a sua permanência na sala de emergência privilegiando-se o contato visual e/ou físico com a criança ou adolescente. De acordo com Santos, Dias & Silva (2020) é vantajosa a presença da família na sala de emergência, pois permite tranquilizar a criança e o adolescente durante os procedimentos, fortalecer o vínculo entre a família e equipa de saúde e partilhar informação. A família fornece a história clínica e descrevem os eventos que antecederam a emergência e os profissionais de saúde vão fornecendo informações sobre a condição clínica, assim como os procedimentos e os cuidados necessários a prestar, permitindo que a família vá percebendo e aceitando a situação aguda que enfrentam, diminuindo a possibilidade de situações fantasiosas, bem como proporcionando a melhor elaboração do luto dos familiares diante de situações eventualmente desfavoráveis. Contudo, existem desvantagens como, por exemplo, o risco da família perder o controlo emocional sobre a situação podendo vir a interferir nos cuidados a prestar, principalmente em situações com finais desfavoráveis e, na grande maioria das vezes, não é possível oferecer à família o suporte necessário

por necessidade de se priorizar os cuidados à criança/adolescente (Fernandes, 2012).

Na Sala de Observação (SO), realizei o acolhimento na unidade, uma vigilância contínua da evolução do estado clínico das crianças e adolescentes e colaborei na preparação para a alta, em diferentes situações: para o domicílio, internamento, intervenção cirúrgica ou para o transporte para uma unidade hospitalar central, minimizando as consequências da doença e da hospitalização, valorizando a partilha de informação sobre a evolução clínica e esclarecendo dúvidas e minimizando medos, desmistificando o plano de cuidados.

Em reflexão, com a EEESIP orientadora de estágio, sobre a prática especializada de cuidados aos adolescentes e dadas as características únicas de um serviço de urgência pediátrica com um grande fluxo de admissões e altas e com as restrições impostas pela pandemia COVID-19, com diminuição de recursos humanos e materiais, com conseqüente diminuição dos espaços, surgiu a necessidade de aprofundar a temática do respeito pelo direito do adolescente à sua privacidade em contexto de urgência, tendo sido elaborado o documento “A privacidade do adolescente em contexto clínico: uma reflexão a partir da prática” (apêndice VIII).

No serviço de internamento, na prestação de cuidados especializados à criança, adolescente e família, em contexto de doença, existiram oportunidades de intervir em doenças comuns, e em situações de maior complexidade, através da realização de diagnósticos de enfermagem, planeamento, implementação de intervenções e avaliação, tendo sempre em conta um plano de cuidados individualizado. Não foi valorizado apenas o processo de doença, mas também os aspetos relacionados com a adaptação da criança, do adolescente e família à hospitalização, bem como a sua progressiva capacitação para uma autónoma e eficaz gestão da doença após a alta.

No processo de desenvolvimento de competências de EEESIP, foi de extrema importância experienciar, através da observação participante dos cuidados, a utilização da brincadeira como principal estratégia terapêutica para comunicar e interagir com a criança e o permanente incentivo dos pais/família para o exercício da parentalidade durante toda a hospitalização.

No serviço de Pediatria, a grande maioria dos internamentos não são programados, o que não permite fazer uma preparação prévia à criança e ao adolescente e família para a hospitalização. A nossa intervenção, nestas situações, centrava-se na disponibilidade para explicar o funcionamento do serviço de internamento e do hospital, os direitos e deveres e os procedimentos. Assim, de forma a diminuir o impacto da hospitalização foram-se desenvolvendo estratégias adequadas e personalizadas ao estadio de desenvolvimento, às necessidades e à disponibilidade de cada criança, adolescente e família. Para as crianças de menor idade, a brincadeira terapêutica e a participação em atividades na sala de brincar foram estratégias bem-sucedidas. Com os adolescentes, conversar, ver televisão, jogar, utilizar o telemóvel e o computador foram as estratégias com maior sucesso. Com os pais/família procurou-se estabelecer um relacionamento de confiança, respeito, empatia e segurança demonstrando disponibilidade.

Brincar é essencial para a criança e deve ser reconhecido como uma necessidade específica do desenvolvimento, ao mesmo nível de comer e dormir, permitindo à criança descobrir o mundo que a rodeia (Santos, 2011).

A brincadeira terapêutica é um instrumento que permite que a criança explore o mundo e também que seja influenciada por ele. Em pediatria, brincar é um direito das crianças sendo uma experiência rica e complexa, fundamental para a promoção do seu desenvolvimento. Sendo a brincadeira uma atividade natural, permite que as crianças se possam adaptar a determinada realidade ou situação, promovendo o seu desenvolvimento psicomotor e os processos de socialização, estimulando a criatividade e autoconsciência (Pereira, Nunes, Teixeira & Diogo, 2010).

Para além da utilização da brincadeira com objetivo terapêutico, o constante incentivo dos pais para uma parceria na prestação de cuidados e para o desempenho do papel parental também são práticas comuns desenvolvidas pelos EEESIP nesta unidade de internamento.

A parentalidade tem o potencial de promover a saúde e o bem-estar das crianças e adolescentes (OE, 2013). Atualmente, nas unidades onde são prestados cuidados de saúde pediátricos, os pais são considerados parceiros dos profissionais de saúde, sendo reconhecido que o desempenho do papel

parental na saúde e na doença, é tão importante como alimentar ou educar (Alves, Amendoeira & Charepe, 2017).

A doença e a hospitalização sendo acontecimentos inesperados para as famílias, causando dor e sofrimento que, muitas vezes, podem implicar uma crise de identidade parental, com indefinição dos pais relativamente ao que podem ou não fazer e ao que os profissionais esperam que eles façam. Os pais são os melhores prestadores de cuidados aos seus filhos, e tendo como propósito a promoção e adequação da parentalidade em todas as dimensões, é responsabilidade dos enfermeiros EESIP promover a adaptação dos pais a esta realidade. O seu compromisso passa pela colaboração com cada família na adaptação ao seu processo de saúde, interagindo através do apoio, ensino, informação e treino, dotando-os de conhecimentos e aprendizagem de habilidades, capacitando-os para que eles possam vir a ser os melhores gestores do regime terapêutico dos seus filhos (OE, 2015).

Cuidados pediátricos com qualidade visam uma parceria eficiente entre os enfermeiros e os pais/família das crianças e adolescentes hospitalizados que se deve caracterizar pela flexibilidade e reciprocidade, baseada na comunicação, empatia, escuta ativa e assertividade, na tentativa de se proporcionarem, em meio hospitalar, situações quotidianas (Sundal & Vatne, 2020).

Durante o estágio, no contexto de internamento pediátrico, foi evidente a existência de um ambiente de grande proximidade entre os enfermeiros, as crianças, os adolescentes e as famílias, sendo clara uma prática de cuidados caracterizada pela construção de relações de confiança, partilha de informação, participação, e respeito pela dignidade e individualidade de cada um.

No âmbito da neonatologia, a prestação de cuidados de enfermagem especializados é um desafio constante devido à vulnerabilidade do Recém-Nascido (RN) e da família e pela complexidade dos cuidados prestados. O estágio neste serviço foi um desafio e um estímulo gratificante com muitas e novas aprendizagens, dada a minha inexperiência profissional nesta área.

Realizei uma observação participante tendo colaborado na prestação de cuidados especializados ao RN e à família, tendo sido determinante compreender que o RN possui características únicas que exigem a prestação de cuidados promotores do desenvolvimento, sendo de extrema importância respeitar e cuidar das suas funções sensoriais e ter especial atenção às

características do ambiente onde são prestados os cuidados, de forma a responder adequadamente às necessidades neurobiológicas e fisiológicas do RN (nutrição, hidratação, controlo térmico, conforto, posicionamentos, alívio e controlo da dor, sono, ou conservação de energia).

A neonatologia é uma unidade altamente especializada, rica em dispositivos e equipamentos essenciais, mas que, conseqüentemente, provocam ao RN estímulos potencialmente agressivos. É um ambiente muito diferente do ambiente intrauterino a que o RN estava habituado, pelo que as intervenções implementadas vão ao encontro da satisfação do conforto do mesmo.

Este estágio permitiu-me desenvolver competências na promoção da parentalidade e da vinculação, na parceria de cuidados ao RN e na utilização de estratégias para a promoção da esperança realista.

A família vive uma situação emocionalmente difícil devido à separação do RN, relacionada com sentimentos de medo, ansiedade e angústia, causados por uma realidade desconhecida, desempenhando o EEESIP um papel importante na satisfação das necessidades da família, facilitando a expressão de dúvidas, medos e receios, promovendo uma adaptação psicológica e emocional à situação que estão a viver (Lima, 2017).

Na maioria das situações, os internamentos estavam relacionados com a necessidade do RN adquirir autonomia respiratória, alimentar ou para cumprir antibioterapia endovenosa por risco infeccioso aumentado, mas também surgiram oportunidades de prestação de cuidados de enfermagem de maior complexidade devido a complicações no parto ou à presença de patologias ou malformações congénitas.

Durante todo o internamento, promoveu-se o envolvimento ativo dos pais, como parceiros, no planeamento e prestação dos cuidados ao RN e mantendo-os sempre informados de toda a situação clínica, de forma a apoiá-los no processo de transição para a parentalidade, valorizando as suas competências pessoais e esforços demonstrados e ajudando-os a adquirir novas competências necessárias para cuidar do RN, percebendo as suas necessidades e sentimentos, incentivando a vinculação.

Um dos RN a quem prestei cuidados nasceu com 40 semanas, fruto de uma gravidez não vigiada e com um parto distócico por cesariana por apresentação pélvica. Aquando do nascimento, ao 5^o minuto de vida iniciou um

quadro de dificuldade respiratória grave, com hipoglicemia, hipotonia e ausência de reflexos neonatais, com necessidade de aporte de oxigênio, ventilação invasiva e aporte de fluidoterapia. Pela não melhoria do quadro foi transferido para um hospital central. Regressou à unidade de neonatologia com 1 mês de vida para continuidade dos cuidados, gestão familiar e social e para capacitação dos pais para os cuidados no domicílio. A este RN foi diagnosticada uma malformação congênita do encéfalo. É um RN com ventilação espontânea, alimentado por sonda nasogástrica e com ausência dos reflexos neonatais. Foi crucial trabalhar com esta família a esperança realista, em conjunto com a equipa multidisciplinar, sendo explicada a situação de saúde do RN e a debilidade do sistema nervoso, pelo que foi determinante o treino de várias técnicas invasivas, como a aspiração, a entubação nasogástrica e a algaliação, por parte dos pais para continuidade dos cuidados em casa após a alta. Os pais eram incentivados a dar o banho, a trocar a fralda, a dar carinho e a administrar a alimentação por gavagem pela sonda nasogástrica. Era evidente na equipa multidisciplinar um cuidado especial e uma sensibilidade para com esta família, em que os cuidados eram negociados com os pais de forma a promover de modo contínuo e consistente a parentalidade e a preparar uma alta no futuro na transmissão de orientações antecipatórias.

O nascimento de uma criança com necessidade imediata de internamento na neonatologia constitui para os pais uma surpresa negativa e uma desilusão relacionada com a diferença entre a imagem do bebé idealizado e o bebé real. Quando um RN é internado na neonatologia, os pais passam por uma intensiva crise emocional, com sentimentos de culpa, ansiedade, desespero, impotência e receio da morte do RN, o que, muitas vezes, dificulta o desenvolvimento do vínculo afetivo com o RN, principalmente quando este permanece internado por um longo período (Lima, Mazza, Mór & Pinto, 2017). É primordial cuidar da família, por todas as dificuldades vividas, causadas por esse processo de separação, e não apenas do RN hospitalizado. A família precisa de ajuda, apoio e orientação para se adaptar e ultrapassar com êxito esta situação.

Na situação particular vivenciada em estágio e descrita anteriormente, nos meus cuidados aos pais saliento a minha atitude de encorajamento e apoio para interagirem com o seu filho e o incentivo a que gradualmente assumissem a prestação de cuidados, estimulando a vinculação. Encorajei os pais a

expressarem os seus sentimentos, medos e percepções, de modo que se sentissem integrados no processo de cuidados ao seu filho indo ao encontro das suas expectativas e necessidades, tal como recomendado pela OE (2015).

Relativamente ao terceiro objetivo específico transversal delineado “aperfeiçoar técnicas de comunicação à criança, adolescente e família com necessidades de cuidados de saúde” foram desenvolvidas atividades com vista ao desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista e de competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, nomeadamente A2.1; B1.1; B3.1; D1.1; D2.2 (Regulamento nº140/2019, 2019) e, E1.1; E1.2; E2.1; E2.5; E3.3 (Regulamento nº422/2018, 2018).

A comunicação é um pilar básico de enfermagem essencial à prestação de cuidados de saúde humanizados, pois é um veículo da relação com o outro.

Desenvolver uma comunicação com intencionalidade terapêutica, que seja funcional e eficaz, exige que o enfermeiro ultrapasse a simples conversação. O desenvolvimento de competências comunicacionais é essencial na medida em que permite ajudar cada indivíduo a produzir mudanças que influenciem de forma positiva a sua saúde e bem-estar (Campos, 2017).

Comunicar em pediatria exige do EEESIP um conhecimento aprofundado sobre o desenvolvimento infantil e juvenil, de modo a que o enfermeiro seja capaz de se adaptar ao nível de desenvolvimento da criança e do adolescente, e ao mesmo tempo, de comunicar eficazmente com a família.

É através da comunicação terapêutica que o enfermeiro consegue compreender as necessidades da criança, do adolescente e da família, a partir da linguagem verbal e não-verbal. Na prestação de cuidados de enfermagem especializados devemos estar atentos aos sinais, aos gestos e a todos os movimentos que expressam mensagens essenciais, de forma a compreender as reais necessidades (Campos, 2017).

Ao longo dos vários estágios, desenvolver as competências comunicacionais foi uma prioridade e um desafio criativo. Tornou-se interessante, nos vários contextos, cuidar de crianças, adolescentes e famílias, em etapas de desenvolvimento diferentes, em momentos próximos e sucessivos

e, rapidamente, ter de reajustar e adequar a postura, o tipo de aproximação, a linguagem ou a forma de me expressar.

Assim, para a concretização deste objetivo realizei uma pesquisa bibliográfica sobre as estratégias de comunicação nas diferentes etapas de desenvolvimento e observei atentamente as práticas de cuidados dos EEESIP, nos vários contextos de estágio.

Procurei adequar e adaptar a comunicação, tendo em conta a etapa de desenvolvimento da criança e do adolescente, o contexto familiar e a situação clínica, utilizando estratégias que favorecessem a sua intervenção ativa, de modo a sentirem-se integrados em todo o processo de cuidados.

Com a criança, o brincar foi um importante mediador dos cuidados prestados, da relação e da comunicação de acordo com o seu estágio de desenvolvimento. Sabendo que, muitas vezes, é através da brincadeira que a criança comunica com o ambiente e que expressa os sentimentos, frustrações e ansiedades, foi através da brincadeira que maioritariamente apoiei a minha relação com elas, de forma a concretizar os objetivos terapêuticos necessários para alcançar o seu bem-estar e a maximizar a sua saúde.

Com os adolescentes mobilizei os princípios e as orientações da OE, descritas no guia de boas práticas da entrevista ao adolescente (anexo II), que sugere que se deve assumir uma postura cordial e de compreensão, utilizando uma linguagem simples, adequando as palavras, as expressões faciais, os gestos e utilizando um tom de voz calmo, demonstrando disponibilidade, assegurando a sua confidencialidade e o seu direito à privacidade (OE, 2010). Optei por, caso a caso, ir conhecendo os seus gostos e interesses, tendo sido facilitador estabelecer uma relação com os adolescentes através da abordagem de conversas sobre o tipo de equipamentos tecnológicos que usam, as músicas que gostam de ouvir e as redes sociais que utilizam.

Para consolidar conhecimentos, em contexto de internamento surgiu a oportunidade de desenvolver uma síntese reflexiva a partir da prática sobre a comunicação terapêutica com o adolescente (apêndice IX).

Na comunicação com as famílias procurei demonstrar total disponibilidade, cuidado e atenção, estimulando ao máximo o seu exercício da parentalidade, integrando-os como parceiros no processo de cuidados.

3.2. Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados na área da promoção da saúde dos adolescentes, em tempo de pandemia COVID-19.

Para o segundo objetivo geral foram definidos os seguintes objetivos específicos:

- ♦ Caracterizar os motivos de admissão de adolescentes no serviço de urgência, antes e durante a pandemia COVID-19.
- ♦ Identificar as dificuldades e barreiras sentidas pelos enfermeiros face à pandemia COVID-19, que vieram limitar a qualidade da prestação dos cuidados de enfermagem.
- ♦ Identificar as intervenções promotoras da saúde dos adolescentes implementadas pelos EEESIP, em tempo de pandemia COVID-19.

Relativamente ao primeiro objetivo específico delineado para o segundo objetivo geral, especificamente para o estágio no serviço de urgência pediátrica: “caracterizar os motivos de admissão de adolescentes no serviço de urgência, antes e durante a pandemia COVID-19”, com vista ao desenvolvimento de competências comuns de EE e de competências específicas de EEESIP, nomeadamente A1.1; A2.1; A2.2; B2.1; B3.2; D2.2 (Regulamento nº140/2019, 2019) e, E1.1; E1.2; E2.5; E3.1 (Regulamento nº422/2018, 2018), por questões éticas e legais, não me foi possível, em tempo útil, consultar os dados relativos às admissões efetuadas no SUP em 2018 e em 2021 e a consulta dos respetivos processos clínicos. Apenas me foi possível consultar uma base de dados de enfermagem com os motivos de admissão e permanência em SO.

Assim, foi realizada uma análise aos dados incluídos na base de dados de enfermagem com os motivos de admissão e permanência, até um máximo de 24 horas, das crianças e adolescentes em SO relativamente aos anos 2018 e 2021 (apêndice X).

A análise dos dados, sugere a existência de uma relação entre a pandemia COVID-19 e alterações na saúde mental dos adolescentes, tendo-se verificado que, em termos evolutivos do ano 2018 para 2021, aumentou o número de casos de ansiedade, intoxicações alcoólicas e intoxicações medicamentosas voluntárias. A amostra em análise, vai ao encontro de vários estudos de diferentes autores que referem que a pandemia COVID-19 tem

repercussões na saúde mental dos adolescentes que advêm da doença SARS-COV2 e das políticas públicas e ações restritivas adotadas para controlar a propagação da doença, especificamente as medidas de distanciamento social e o encerramento das escolas (Oliveira et al, 2020).

É expectável nos adolescentes uma maior vulnerabilidade e suscetibilidade às influências positivas e negativas do meio ambiente, característica desta fase do ciclo de vida (Campisi et al., 2020), onde o isolamento social e as alterações no quotidiano poderão conduzir a consequências indesejáveis para a saúde dos adolescentes, nomeadamente ao nível da saúde mental (Costa, Guedes, Nogueira & Maciel, 2021). E, em alguns adolescentes, as alterações quando são pouco aceites e quando combinadas com outros fatores de risco poderão conduzir ao stress, a sentimentos de confusão, ao medo, a incertezas ou a outros problemas de saúde (Stanford Children's Health, 2021).

Estes dados, apesar de serem fruto de uma pequena amostra sem significado estatístico, corroboram com a necessidade urgente de se investir em projetos e políticas multidisciplinares de promoção da saúde dos adolescentes.

Relativamente ao segundo objetivo específico, transversal aos diferentes contextos de estágios, definido para este objetivo geral, “identificar as dificuldades e barreiras sentidas pelos enfermeiros face à pandemia COVID-19, que vieram limitar a qualidade da prestação dos cuidados de enfermagem”, visando o desenvolvimento de competências comuns de EE e de competências específicas de EEESIP, nomeadamente A1.1; B2.1; B2.2; B3.2; C2.2; D1.2; D2.2 (Regulamento nº140/2019, 2019) e, E1.2; E2.5; E3.1 (Regulamento nº422/2018, 2018), em conversas informais nos momentos de reuniões de equipa e passagens de turno, fui partilhando o meu foco de estudo e as minhas preocupações com os adolescentes e em todos os serviços, quando adequado, ia colocando aos enfermeiros, a questão “quais as dificuldades e barreiras sentidas, face à pandemia COVID-19, que vieram limitar a qualidade da prestação dos cuidados”. E foram comuns as dificuldades e barreiras, identificadas, sentidas pelos enfermeiros, sobretudo o agravamento do estado geral das condições de trabalho, a falta de profissionais, a falta de equipamentos e o acréscimo significativo de tarefas e registos.

A organização da resposta em cuidados de saúde à COVID-19 teve impactos profundos na prestação de cuidados de saúde não-COVID-19 substanciados na alteração da atividade assistencial, na redução das atividades relacionadas com a prevenção da doença e a promoção da saúde (Conselho Nacional de Saúde, 2022).

A pandemia COVID-19 alterou completamente os sistemas de saúde, nos quais, prestar cuidados com qualidade e com as condições consideradas seguras e adequadas tornou-se um desafio.

Esta pandemia realçou a necessidade de considerar a resiliência dos sistemas de saúde, a par das outras dimensões que são habitualmente avaliadas como a acessibilidade, a qualidade dos cuidados de saúde e a eficiência dos mesmos (Duarte, 2021).

Durante os estágios, em momentos de reflexão e partilha em equipa, aquando questionados, os enfermeiros referiram sobretudo o agravamento do estado geral das condições de trabalho, transversais a todos os serviços, no sentido em que já era notória a falta de profissionais e com a pandemia essa condição teve um agravamento significativo. Para além do medo de infeção pelo SARS-COV2, foi referido que existiu um acréscimo de tarefas, antes inexistentes, originando uma sobrecarga de trabalho e uma conseqüente dificuldade na gestão de tempo, a adicionar à falta de equipamentos e a um acréscimo significativo de registos. Todas estas dificuldades, em muitos profissionais provocou um desgaste físico e emocional, ainda hoje sentido, embora mais reduzido, expressando que ainda não houve tempo para recuperar.

Estas dificuldades e barreiras sentidas pelos profissionais, identificadas em contexto de estágio, testemunham que a pandemia COVID-19 implicou uma sobrecarga laboral significativa para os profissionais de saúde, tal como vários autores descrevem, foi notória a falta de recursos humanos durante a pandemia, o que contribuiu para o aumento da pressão sobre os serviços de saúde, (Duarte, 2021; Coelho, 2021).

Na prestação direta de cuidados foram encerrados muitos serviços, considerados não prioritários e foram criadas algumas barreiras físicas, tais como a colocação de placas de acrílico, a criação de circuitos unidirecionais aos utentes e a obrigatoriedade de uso de fatos de proteção individual aos profissionais. Todas estas medidas foram necessárias e vantajosas para

proteção das crianças, adolescentes, famílias e profissionais, mas perdeu-se um cuidado que não se regista, mas que se sente: o toque, o abraço e o sorriso, que faz falta e é essencial à comunicação e à relação, particularmente com a criança e com o adolescente, sobretudo em momentos de medo, ansiedade e doença.

Relativamente ao terceiro objetivo específico, igualmente transversal, “identificar as intervenções promotoras da saúde dos adolescentes implementadas pelos EEESIP, em tempo de pandemia COVID-19”, com vista ao desenvolvimento de competências comuns de EE e de competências específicas de EEESIP, nomeadamente A1.1; A2.1; A2.2; B1.1; B1.2; B2.1; B2.2; B3.1; C2.2; D1.1; D2.1; D2.2 (Regulamento nº140/2019, 2019) e, E1.1; E2.5; E3.1; E3.3; E3.4 (Regulamento nº422/2018, 2018), tentei perceber se existiam projetos ativos dirigidos à promoção da saúde dos adolescentes.

Em tempo anterior à pandemia, a nível da unidade hospitalar, onde realizei os estágios, o departamento de pediatria desenvolvia com regularidade seminários temáticos, onde se discutiam temas alusivos à promoção da saúde, dirigidos às várias etapas de desenvolvimento infantil e juvenil. Contudo, com a pandemia COVID-19, por necessidade urgente de tratar as crianças e adolescentes infetados e evitar a disseminação do vírus, os recursos foram realocados, o que conseqüentemente e por incapacidade geral, de momento ainda não existiam planos de retomar a discussão multidisciplinar da promoção da saúde com vista a melhorar as práticas diárias.

Contudo, na prática diária na prestação direta de cuidados de enfermagem, era notório o cuidado humanizado dos EEESIP para com os adolescentes. Existia uma ação refletida e intencional, terapêutica, no contacto com o adolescente, reconhecendo “a agressão psicossocial” que estavam a vivenciar, por estarem impedidos de frequentar os espaços habituais, impedidos de estarem na companhia dos seus pares, impedidos de socializar.

Adicionalmente, uma vez que é natural os adolescentes procurarem a sua independência, a autoafirmação, e liberdade de escolha, durante um processo de doença, os cuidados de saúde podem vir a representar uma dependência dos profissionais de saúde e uma limitação às suas escolhas e tomadas de decisão, podendo originar sentimentos de medo, raiva, ou angústia que podem comprometer a aceitação dos cuidados necessários (Hockenberry & Wilson,

2014). Assim, nos cuidados prestados aos adolescentes, durante os estágios, na tentativa de dar resposta às suas necessidades de várias ordens, tentei atender às suas preferências sempre que exista essa possibilidade.

Em cuidados de saúde primários, atualmente também não existiam projetos em curso dirigidos à promoção da saúde dos adolescentes, pois a equipa de enfermagem, para além de estar a assegurar a totalidade da resposta assistencial da unidade de saúde, também estava a assegurar um polo de vacinação contra a COVID-19, em horário extraordinário, sendo por isso, de momento, impossível desenvolver projetos de promoção da saúde.

Os adolescentes de hoje não conhecem o mundo sem a internet e sem as tecnologias de informação. Estas fazem parte do seu quotidiano e são um meio privilegiado de comunicação e de partilha de informações entre os pares. Com a pandemia COVID-19, que condicionou as interações sociais presenciais, verificou-se que os tempos diários dedicados à utilização das redes sociais aumentaram, aumentando proporcionalmente a exposição aos riscos do seu uso excessivo (Teixeira, 2016; Sales, Costa & Gai, 2021).

Assim, em conjunto com a enfermeira orientadora, identificou-se que seria uma mais-valia para a equipa de enfermagem da unidade, com consequente melhoria do atendimento ao adolescente, a realização de uma sessão de formação dirigida aos enfermeiros e aos estudantes da licenciatura de enfermagem, a realizar estágio, relativamente à influência das redes sociais na saúde e no bem-estar dos adolescentes e importância de estratégias de intervenção, seguida de debate e análise das vantagens e desvantagens da utilização das redes sociais, e de que forma o enfermeiro se poderá posicionar nesta problemática adequando a sua intervenção em prol da saúde e do bem-estar dos adolescentes (apêndice XI).

De forma a dinamizar a unidade, dentro desta temática foram também elaborados: um folheto (apêndice XII) para ser entregue em consulta de saúde infantil e juvenil e um póster digital (apêndice XIII) para publicação nas redes sociais da unidade de saúde, alusivos à utilização de ecrãs com segurança.

É urgente o reforço de políticas sociais com impacto direto e indireto na saúde e no bem-estar, em especial dos mais vulneráveis, sendo essencial implementar medidas específicas de promoção do bem-estar das crianças, dos adolescentes e das suas famílias.

4. CONSIDERAÇÕES FINAIS E PROJETOS FUTUROS

O presente relatório de estágio é o culminar de um percurso de formação individual ao qual me predispus, com vista ao desenvolvimento de competências de Mestre em Enfermagem e de EEESIP.

As experiências enriquecedoras na prestação de cuidados especializados e as análises reflexivas sobre a prática que fizeram parte do meu desenvolvimento pessoal e profissional, durante os estágios nos cinco contextos referidos, constituíram oportunidades únicas e extraordinárias, capazes de conciliar a minha experiência profissional prévia e as experiências vividas neste percurso com os novos conhecimentos teóricos adquiridos e a mais recente evidência científica. Gradualmente, constituíram, em crescendo, um referencial de desenvolvimento de competências significativas que deram resposta às minhas necessidades, permitindo-me assim desenvolver alicerces para poder ser uma futura EEESIP em constante evolução.

Ao longo dos estágios, colaborei e prestei cuidados de enfermagem especializados a crianças, adolescentes e famílias, utilizando como quadro de referência os cuidados centrados na criança/adolescente e na família, os cuidados não traumáticos, a parceria de cuidados e o modelo de promoção de saúde de Nola Pender, conceitos e modelos que me irão acompanhar enquanto futura EEESIP.

De um modo geral, é com satisfação que consegui alcançar os objetivos definidos, através das atividades realizadas a par da reflexão e do desenvolvimento do pensamento crítico. E, no que diz respeito às implicações na prática de cuidados em enfermagem pediátrica, considero que após estes dois anos de dedicação e investimento, como enfermeira sou mais e melhor, presto cuidados globais especializados com maior competência científica, técnica e humana, e estou capaz de prestar cuidados de enfermagem avançada com segurança através de intervenções intencionais e com elevado potencial terapêutico, necessários à satisfação das necessidades das crianças, dos adolescentes e das suas famílias, atendendo às diferentes fases do seu desenvolvimento, no decurso das suas vidas, em situações de saúde ou de doença.

Continuarei a apostar no meu desenvolvimento pessoal e profissional, e considero que este relatório é um marco, no sentido em que o fim deste percurso formativo se tornou no início de outros projetos: (1) Foi com alegria que recebi o convite da minha orientadora da USF para realizarmos um estudo sobre a atual situação de saúde dos adolescentes residentes na área de abrangência da USF; (2) Das práticas de cuidados que experienciei em estágio, desenvolvi interesse pelo controlo de infeção em meio hospitalar e tenho realizado pesquisas direcionadas às boas práticas de cuidados para a adoção de práticas sustentáveis e seguras no meu atual serviço; (3) Com as oportunidades que surgiram em estágio, e de ter sido orientada por duas EEESIP que também exerciam funções de gestão, outra área de interesse em que decidi apostar, foi na gestão de unidades de saúde, pois a gestão já era um interesse anterior a este percurso formativo, e com o desejo de no futuro poder ter um papel mais ativo na gestão, coordenação e desenvolvimento de projetos e unidades, matriculei-me e estou a frequentar uma Pós-Graduação em Gestão e Administração de Unidades de Saúde; (4) Considero que a temática principal em estudo neste relatório apresenta ainda um vasto potencial para a investigação, que permitirá sustentar e conduzir a uma prática de enfermagem com alto valor terapêutico. Por esse motivo, pretendo realizar a scoping review prevista no projeto que antecedeu este relatório; (5) E, a médio e a longo prazo, com certeza que a promoção da saúde dos adolescentes será a base para o desenvolvimento de um doutoramento em enfermagem.

Para finalizar, nunca é demais reforçar de que é prioritário fortalecer a capacidade de atuação na promoção da saúde das crianças e dos adolescentes, articulando esforços sociais e políticos (Fiocruz, 2021), através do desenvolvimento de projetos estratégicos, com uma abordagem transversal e multidisciplinar dos profissionais de saúde, professores, educadores e familiares, de forma a minimizar o impacto negativo desta pandemia (Peixoto et al., 2021), sendo fundamental o envolvimento significativo dos adolescentes nas decisões relativas ao autocuidado (OMS, 2014) e como atores de mudança social.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I., Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14(3), 373-382. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000300008>
- Alves, J.M.N.O., Amendoeira, J.J.P. & Charepe, Z.B. (2017). A parceria de cuidados pelo olhar dos pais de crianças com necessidades especiais de saúde. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(4), 1-7. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.04.2016-0070>
- Araújo, L.A., Veloso, C.F., Souza, M.C., Azevedo, J.M.C. & Tarro, G. (2021). The potential impact of the COVID-19 pandemic on child growth and development: a systematic review. *Jornal de Pediatria*, 97(4), 369-377. <https://doi.org/10.1016/j.jped.2020.08.008>
- Batalha, L.M.C., Almeida, D.M.G., Lourenço, P.A.A. & Esteves, R.P.M. (2009) Dor em pediatria - A utilização de anestésico tópico na triagem da urgência pediátrica: Estudo dos Critérios Preditivos da Punção Venosa. *Revista Dor*, 17(2),11-17. https://www.aped-dor.org/images/revista_dor/pdf/2009_02.pdf
- Benner, P. (2001). *De iniciado a perito*. Quarteto.
- Bhattacharya, S. (2017). Journal club and post-graduate medical education. *Indian Journal of Plastic Surgery*, 50(3), 302-305. https://doi.org/10.4103%2Fijps.IJPS_222_17
- Brooks, S.K., Webster, R.K., Smith, L., Woodland, L., Wessely, S., Greenberg, N. & Rubin, G. J. (2020). The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence. *The Lancet*, 395(10227) 912-920. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30460-8](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30460-8)
- Campisi, S.C., Carducci, B., Akseer, N., Zasowski, C., Szatmari, P. & Bhutta, Z.A. (2020). Suicidal behaviours among adolescents from 90 countries: a pooled analysis of the global school-based student health survey. *BMC Public Health*. 20(1102). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7416394/>

- Campos, C. (2017). A comunicação terapêutica enquanto ferramenta profissional nos cuidados de enfermagem. *Psilogos*, 15(1), 91-101. <https://revistas.rcaap.pt/psilogos/article/view/9725/11044>
- Carrilho, M.J. (2015). Crianças e adolescentes em Portugal. *Revista Estudos Demográficos*, 55(4), 53-101. https://www.ine.pt/ngt_server/attachfileu.jsp?look_parentBoui=284013424&att_display=n&att_download=y
- Carrondo, E.M. (2006). *Formação profissional de enfermeiros e desenvolvimento da criança: Contributo para um perfil centrado no paradigma salutogénico* [Doctoral dissertation, Universidade do Minho]. Repositório Institucional da Universidade do Minho. <http://repositorium.sdum.uminho.pt/bitstream/1822/6276/1/TESE%20DE%20DOUTORAMENTO.pdf>
- Charepe, Z. (2014). *Promover a esperança em pais de crianças com doença crónica. Modelo de intervenção em ajuda mútua*. Universidade Católica portuguesa. <http://dx.doi.org/10.34632/9789725404201>
- Coelho, F.M.S. (2021). *Impacto da pandemia COVID-19 no acesso aos cuidados de saúde e retoma da atividade assistencial pré-pandémica – A visão dos profissionais de saúde* [Master's thesis, Faculdade de Economia do Porto]. Repositório Aberto da Universidade do Porto. <https://hdl.handle.net/10216/136900>
- Conselho Nacional de Saúde. (2022). *A pandemia de COVID-19: Desafios para a saúde dos portugueses*. Conselho Nacional de Saúde. https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2022/07/Relatorio-CNS2022_web.pdf
- Costa, A.G.R., Guedes, B.D.S., Nogueira, M.M. & Maciel, M.P.A. (2021). Revisão bibliográfica acerca da saúde geral do jovem e do adolescente e relato de profissionais da saúde sobre o impacto do COVID-19 nesta população. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(5), 20787-20806. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n5-184>

Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L. & Almeida, T. (2016). Os medos das crianças em contexto de urgência pediátrica: Enfermeiro enquanto gestor emocional. *Pensar Enfermagem*, 20(2), 26-47. <http://hdl.handle.net/10400.26/23729>

Direção Geral da Saúde. (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. DGS. https://www.spp.pt/UserFiles/file/EVIDENCIAS%20EM%20PEDIATRIA/Orientacao%20DGS_014.2010%20DE%20DEZ.2010.pdf

Direção Geral da Saúde. (2013). *Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil*. DGS. <https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx>

Direção Geral da Saúde. (2020). *Informações Gerais sobre a pandemia COVID-19*. <https://covid19.min-saude.pt/>

Direção Geral da Saúde. (2021). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. DGS. <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026.aspx>

Duarte, R. (2021). Uma perspetiva sobre o relatório da OCDE “Health at a glance 2020”. *Acta Médica Portuguesa*, 34, 84-86. <https://doi.org/10.20344/amp.15654>

Entidade Reguladora da Saúde. (2020). *Impacto da pandemia COVID-19 no sistema de saúde*. ERS. <https://www.ers.pt/media/3487/im-impacto-covid-19.pdf>

Fernandes, D. (2012). *O atendimento à criança na urgência pediátrica*. Ordem dos Enfermeiros. <https://document/186572126/O-atendimento-a-crianca-na-Urgencia-Pediatria-Dino-Fernandes-Enfermeiro-EESIP>

Ferreira, M. & Nelas, P.B. (2006). Adolescências... Adolescentes.... *Educação, Ciência e Tecnologia*, 32(11), 141-162. <https://revistas.rcaap.pt/millennium/article/view/8399/5990>

- Fiocruz. (2021). *COVID-19 e a saúde da criança e do adolescente*. (2nd ed.).
Fundação Oswaldo Cruz.
<https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/covid-19-e-saude-da-crianca-e-do-adolescente-segunda-edicao/>
- Freitas, C.G.M.A.P. (2018). *Gestão em enfermagem: O perfil de competências* [Master's thesis, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório da Universidade Católica Portuguesa.
<https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/25785/1/TESE%20Carla%20Freitas%20Final.pdf>
- Hockenberry, M. & Barrera, P. (2014). Perspetivas de enfermagem pediátrica. In Hockenberry, M. & Wilson, D. (9th ed), *WONG, Enfermagem da criança e do adolescente*. (pp.1-20). Lusociência.
- Horton, R. (2020). Offline: COVID-19 is not a pandemic. *The Lancet*, 396, 874.
<https://www.thelancet.com/action/showPdf?pii=S0140-6736%2820%2932000-6>
- Institute for Patient and Family-Centred Care. (2022). *Patient- and Family-Centered Care*. <https://www.ipfcc.org/about/pfcc.html>
- Instituto de Apoio à Criança. (2008). *Carta da Criança hospitalizada* (4th ed.). IAC.
https://criancasatortoeadireitos.files.wordpress.com/2020/05/carta_crianca_hospitalizada.pdf
- Lima, V.F., Mazza, V.A., Mór, L.M. & Pinto, M.N.G.R. (2017). Vivência dos familiares de prematuros internados em unidade de terapia intensiva neonatal. *Revista Mineira de Enfermagem*, 21, 1-8.
<http://dx.doi.org/10.5935/1415-2762.20170036>
- Linhares, M.B.M. & Enumo, S.R.F. (2020). Reflexões baseadas na psicologia sobre efeitos da pandemia COVID-19 no desenvolvimento infantil. *Estudos de Psicologia – Campinas*, 37(e200089), 1-14.
<https://doi.org/10.1590/1982-0275202037e200089>
- Loades, M.E.; Chatburn, E., Higson-Sweeney, N., Reynolds, S., Shafran, R., Brigden, A., Linney, C., McManus, M.N., Borwick, C.C. & Crawley, E.

(2020). Rapid systematic review: The impact of social isolation and loneliness on the mental health of children and adolescents in the context of Covid-19. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 59(11), 1218-1239. 10.1016/j.jaac.2020.05.009

Magão, M.T.G. & Leal, I.P. (2001). A esperança nos pais de crianças com cancro: Uma análise fenomenológica interpretativa da relação com profissionais de saúde. *Psicologia, saúde e doenças*, 2(1), 3-22. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36220101>

Monteiro, R.M.M. (2021). *Papel parental durante a hospitalização da criança: percepção dos pais/mães*. [Master's thesis, Escola Superior de Saúde de Viseu]. Repositório do Instituto Politécnico de Viseu. <http://hdl.handle.net/10400.19/1514>

Nehab, M.F. & Menezes, L.A. (2022). Impacto da covid-19 na saúde da criança e do adolescente. In: Portela, M.C., Reis, L.G.C. & Lima, S.M.L. *Covid-19: desafios para a organização e repercussões nos sistemas e serviços de saúde* (pp. 241-251). Observatório Covid-19 Fiocruz. <https://doi.org/10.7476/9786557081587.0016>.

Oliveira, W.A., Silva, J.L., Andrade, J.L.M., Micheli, D., Carlos, D.M. & Lossi Silva, M.A. (2020). A saúde do adolescente em tempos da COVID-19: scoping Review. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(8), 1-14. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00150020>

Ordem dos Enfermeiros. (2010). Guia orientador de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica: Entrevista ao adolescente. *Cadernos da Ordem dos Enfermeiros*, Série I, 3(1). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratuca_saudeinfantil_pediatica_volume1.pdf.

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia Orientador de Boa Prática: Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. *Cadernos da Ordem dos Enfermeiros*, Série I, 6. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8899/gobp_estrategiasnaofarmacologicascontrolodorcrianca.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. *Cadernos da Ordem dos Enfermeiros*, Série I, 8. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadespositiva_vf.pdf

Organização Mundial da Saúde. (1986). *Young People's Health - a Challenge for Society*. OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/41720>.

Organização Mundial da Saúde. (1998). *Health Promotion Glossary*. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1>.

Organização Mundial da Saúde. (2014). *Health for the world's adolescents: A second chance in the second decade*. OMS. https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/112750/WHO_FWC_MCA_14.05_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y.

Organização Mundial da Saúde. (2014). *Preventing suicide: a global imperative*. OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>

Organização Mundial da Saúde. (2015). *Global standards for quality health-care services for adolescents*. OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/183935>

Organização Mundial da Saúde. (2017). *Promoting health: Guide to national implementation of the Shanghai Declaration*. OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-NMH-PND-18.2>.

Organização Mundial da Saúde. (2020). *The rise and rise of interpersonal violence – an unintended impact of the COVID-19 response on families*. OMS. <https://reliefweb.int/report/world/rise-and-rise-interpersonal-violence-unintended-impact-covid-19-response-families>

Organização Mundial da Saúde. (2021a). *WHO Coronavirus (COVID-19)*. <https://covid19.who.int/>.

Organização Mundial da Saúde. (2021b). *Adolescent health*. https://www.who.int/health-topics/adolescent-health#tab=tab_1.

Organização Pan-América da Saúde. (2020). *Folha informativa - COVID-19*.
<https://www.paho.org/pt/covid19>.

Organização Pan-América da Saúde. (2021). *Saúde mental dos adolescentes*.
OPAS. <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental-dos-adolescentes>.

Parreira, p., Santos-Costa, P., Neri, M., Marques, A., Queirós, P. & Salgueiro-Oliveira, A. (2021). Work Methods for Nursing Care Delivery. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 18(4):2088.
<https://doi.org/10.3390/ijerph18042088>

Peixoto, D., Leal, B., Ribeiro, D., Correia, L., Hipólito, E. & Rocha, P. (2021). Impacto do confinamento na saúde das crianças e adolescentes durante a pandemia de COVID-19. *Acta Médica Portuguesa*, 34(4), 317.
<https://doi.org/10.20344/amp.15885>

Peixoto, N.M.S.M. & Peixoto, T.A.S.M. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(11), 121-132. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>

Pender, N.J. (1996). Health promotion in nursing practice. In Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. (7th ed), *Health promotion in nursing Practice*. Pearson.

Pender, N.J. (2011). Health promotion manual. <http://nursing.umich.edu/faculty-staff/nola-j-pender>.

Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. (2015). Health promotion in nursing Practice (7th ed). Pearson.

Pereira, A.M., Nunes, J., Teixeira, S. & Diogo, P. (2010). Gestão do estado emocional da criança (dos 6 aos 8 anos) através da atividade de brincar: Analisando o cuidado de enfermagem em contexto de internamento de pediatria. *Pensar enfermagem*, 14(1), 24-38.
https://www.researchgate.net/publication/258531965_Gestao_do_Estado_Emocional_da_Crianca_dos_6_aos_8_anos_atraves_da_Actividade_de_Brincar_Analisando_o_Cuidado_de_Enfermagem_em_Contexto_de_Internamento_de_Pediatria

Rego, A. & Coelho, P. (2016). Organizar a prestação de cuidados por “Enfermeiro de Referência” promove a qualidade. *Servir*, 59(5-6), 68-75. <https://revistas.rcaap.pt/servir/article/download/23469/17468/89889>

Regulamento n.º 101/2015 (2015). *Regulamento do Perfil de Competências do Enfermeiro Gestor*. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: II Série, n.º 48 de 10-03-2015, 5948-5952. https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/legislacao/Documents/LegislacaoOE/Regulamento_101_2015_PerfilCompetenciasEnfermeiroGestor.pdf

Regulamento n.º 140/2019 (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: II Série, n.º 26 de 06-02-2019, 4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Regulamento n.º 351/2015 (2015). *Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: II Série, n.º 119 de 22-06-2015, 16660-16665. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/351-2015-67552235>

Regulamento n.º 422/2018 (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: II Série, n.º 133 de 12-07-2018, 19192-19194. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115685379/details/normal?l=1>

Ribeiro, S.R.T. (2011). *Percepção da pressão de pares na tomada de decisão dos adolescentes* [Master's thesis, Faculdade de Psicologia de Lisboa]. Repositório Institucional da Universidade de Lisboa. <http://hdl.handle.net/10451/4856>

Rodgers, C.C. (2017). Health Promotion of the Adolescent and Family. In Hockenberry, M.; Wilson, D. & Rodgers, CC (10th ed.), *Wong's Essentials of Pediatric Nursing* (pp.865-898). Elsevier.

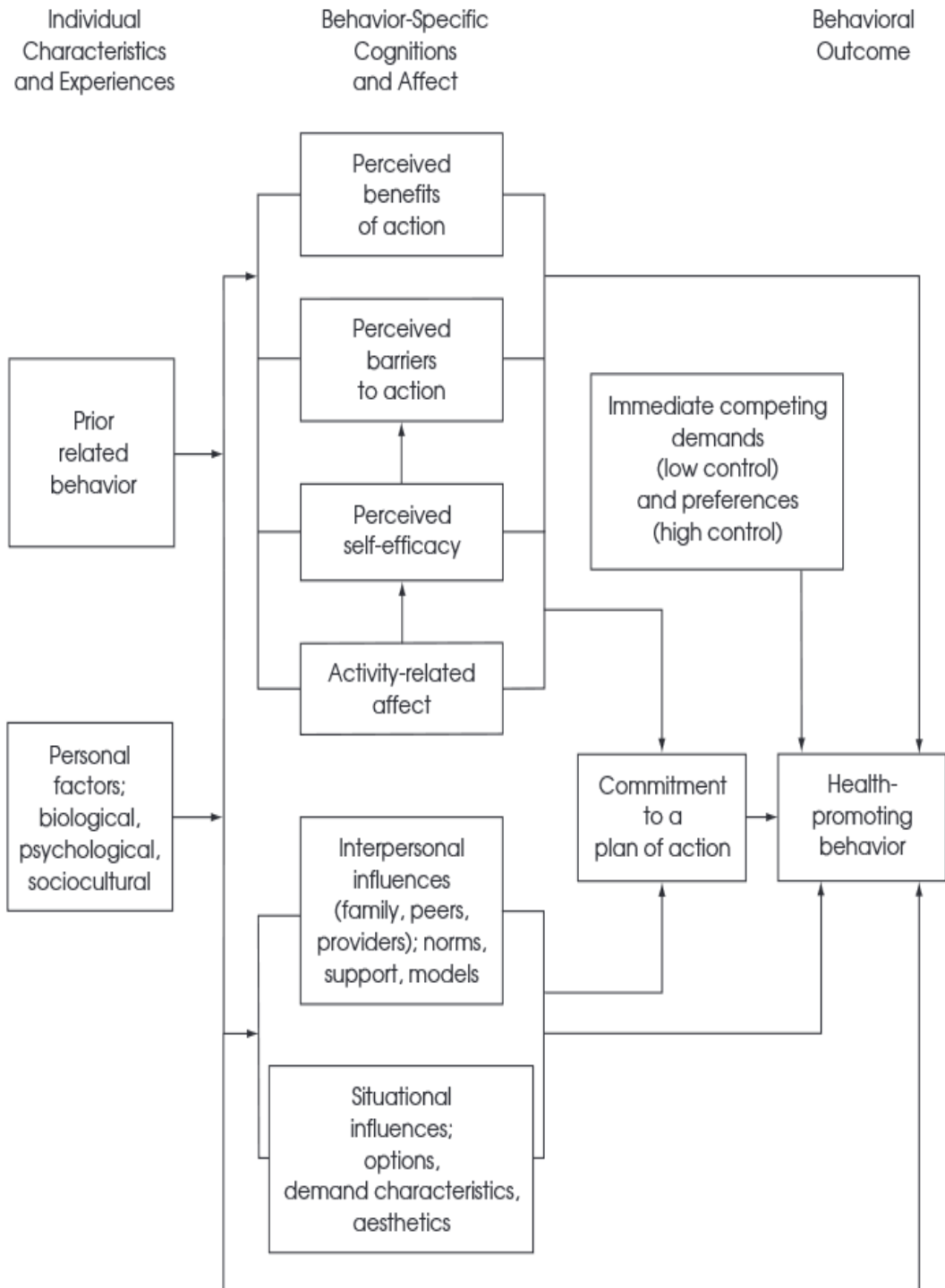
- Ruivo, M., Ferrito, C., Nunes, L. & alunos 7º CLE (2010). Metodologia de Projeto: Coletânea Descritiva de etapas. *Revista Percursos*, 15, 1-37. http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf
- Santos, Dias & Silva (2020). Família presente no atendimento da emergência pediátrica: e agora, equipe? *Revista Espaço para a Saúde*, 21(1), 34-46. Doi 10.22421/15177130-2020v21n1p34
- Santos, L. (2011). *Porquê brincar no hospital*. Instituto de Apoio à Criança. <https://iacrianca.pt/wp-content/uploads/2020/06/porque-brincar-hospital.pdf>
- Srof, B.J. & Velsor-Friedrich, B. (2006). Health Promotion in Adolescents: A Review of Pender's Health Promotion Model. *Nursing Science Quarterly*, 19(4), 366-373. <https://doi.org/10.1177/0894318406292831>
- Stanford Children's Health (2021). *Teen Suicide*. <https://www.stanfordchildrens.org/en/topic/default?id=teen-suicide-90-P02584>
- Sundal, H. & Vatne, S. (2020). Parents' and nurses' ideal collaboration in treatment-centered and home-like care of hospitalized preschool children – a qualitative study. *BMC Nursing*, 19(48), 2-10. <https://doi.org/10.1186/s12912-020-00445-7>
- Teixeira, E.I.B. (2016). *O uso excessivo das redes sociais pelos adolescentes*: [Master's thesis, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação]. Repositório da universidade de Coimbra. <http://hdl.handle.net/10316/33495>
- UNICEF (2021a). *Life in Lockdown: Child and adolescent mental health and well-being in the time of COVID-19*. UNICEF Office of Research – Innocenti. <https://www.unicef-irc.org/publications/pdf/Life-in-Lockdown.pdf>
- UNICEF (2021b). *The State of the World's Children 2021: On My Mind – Promoting, protecting and caring for children's mental health*. UNICEF. <https://www.unicef.org/media/114636/file/SOWC-2021-full-report-English.pdf>

- Ventura-Silva, J.M.A., Martins, M.M.F.P.S., Trindade, L.L., Ribeiro, O.M.P.L. & Cardoso, M.F.P.T. (2021). Métodos de trabalho dos enfermeiros em hospitais: scoping Review. *Journal Health NPEPS*, 6(2), 278-295. <http://dx.doi.org/10.30681/252610105480>
- Viner, R., Russel, S., Saullé, R., Croker, H., Stansfield, C., Packer, J., Nicholls, D., Goddings, A., Bonell, C., Hudson, L., Hope, S., Ward, J., Schwalbe, N., Morgan, A. & Minozzi, S. (2022). School Closures During Social Lockdown and Mental Health, Health Behaviors, and Well-being Among Children and Adolescents During the First COVID-19 Wave: A Systematic Review. *JAMA Pediatrics*, 176(4), 400–409. [10.1001/jamapediatrics.2021.5840](https://doi.org/10.1001/jamapediatrics.2021.5840)
- Yen-Hao Chu, I., Alam, P., Larson, H.J. & Lin, L. (2020). Social consequences of mass quarantine during epidemics: a systematic review with implications for the COVID-19 response. *Journal of Travel Medicine*, 27(7). [10.1093/jtm/taaa192](https://doi.org/10.1093/jtm/taaa192)

ANEXOS

**Anexo I – Modelo de Promoção da Saúde
de Nola Pender**

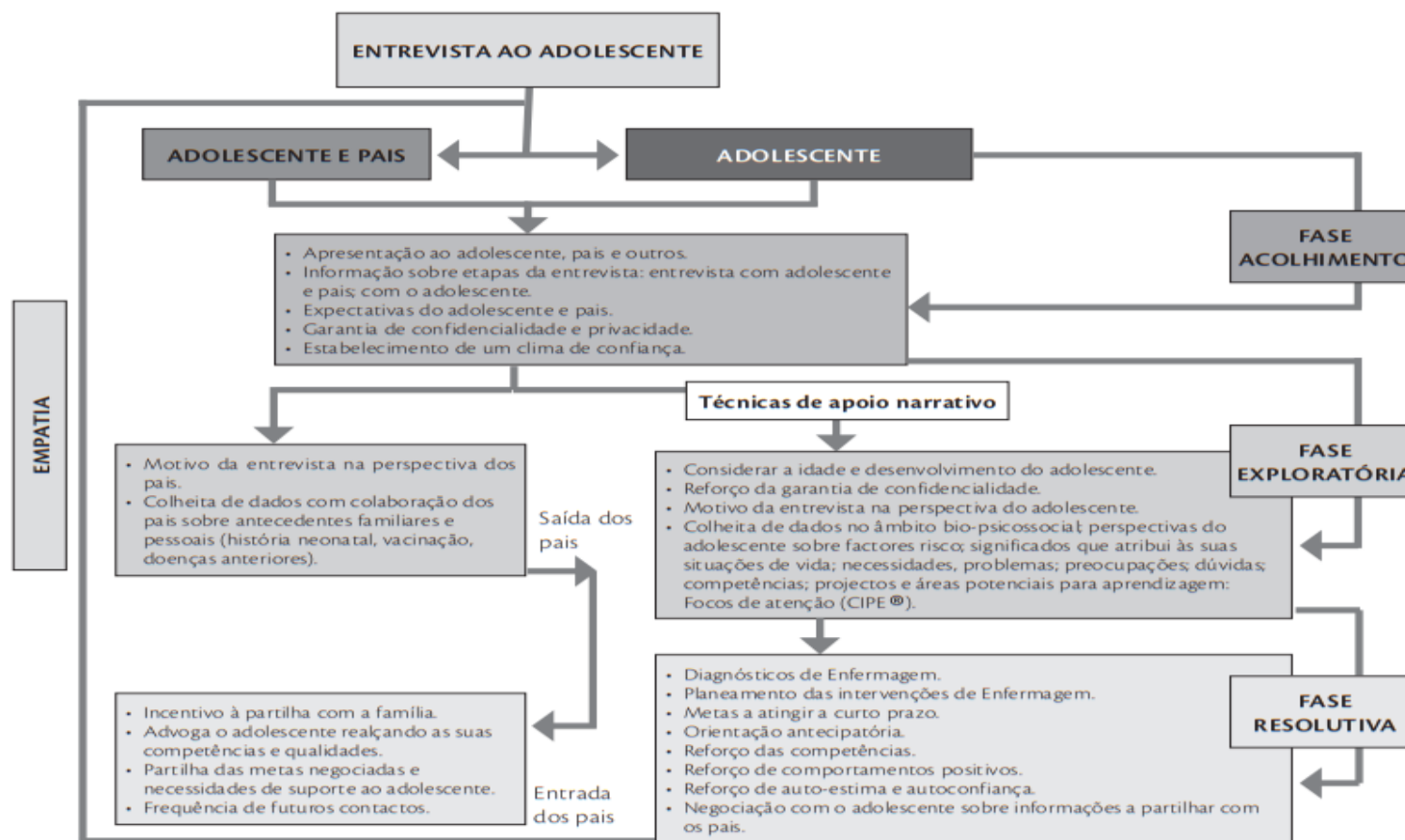
Health Promotion Model (Pender, 1996)



Fonte: Pender, N.J. (1996). Health promotion in nursing practice. In Pender, N.J., Murdaugh, C.L., & Parsons, M.A. (7th ed), *Health promotion in nursing Practice*. Pearson.

Anexo II – Entrevista ao adolescente

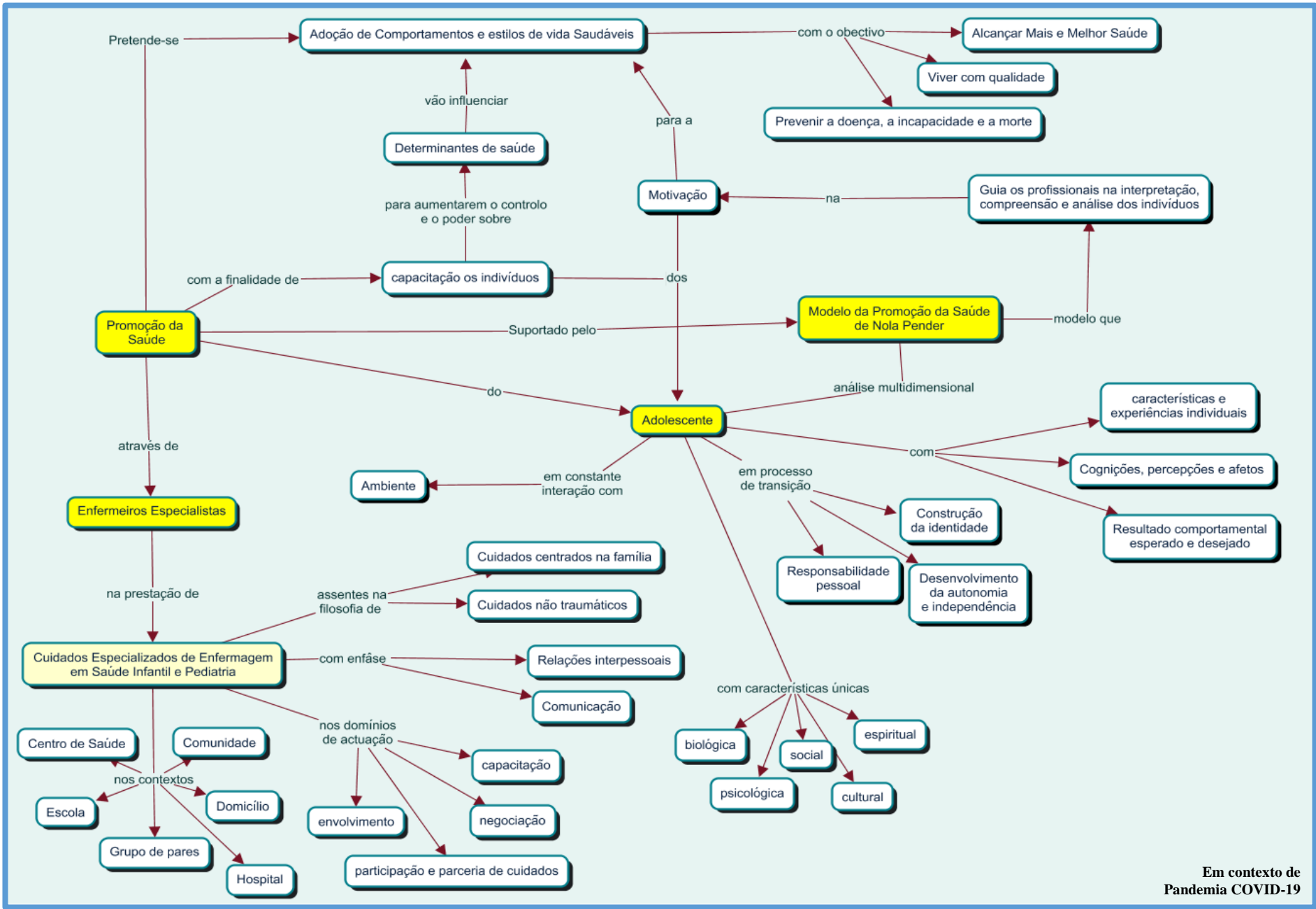
Entrevista ao adolescente



Fonte: Ordem dos Enfermeiros (2010). Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica: Entrevista ao Adolescente. *Cadernos da Ordem dos Enfermeiros - Série I,3(1)*, https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf.

APÊNDICES

Apêndice I – Mapa Conceptual



Em contexto de
Pandemia COVID-19

Apêndice II – Cronograma de Estágio

Anos	2021											2022													
Meses	Outubro			Novembro				Dezembro				Janeiro				Fevereiro			Março	...	Dezembro				
Dias	12-17	18-24	25-31	01-07	08-14	15-21	22-28	29-30	01-05	06-12	13-19	20-31	04	08-14	17-23	24-30	31	01-06	07-13	14-20	21-27	01-07	08-14		
Semanas	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª		9ª	10ª				11ª	12ª	13ª	14ª	15ª	16ª	17ª	18ª			
Urgência Pediátrica	Amarelo			Cinza								Cinza													
Internamento de Pediatria	Cinza			Amarelo				Cinza				Cinza													
Neonatologia	Cinza								Amarelo				Amarelo	Interrupção por Doença	Cinza						Amarelo	Cinza			
Consulta de Desenvolvimento	Cinza													Amarelo		Cinza									
Unidade de Saúde Familiar	Cinza											Cinza				Amarelo				Cinza					
Elaboração do relatório de estágio	Cinza											Cinza											Entrega do relatório		

**Apêndice III – Guia orientador de estágio
– Contexto de internamento de pediatria**

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

Estágio com Relatório

**GUIA ORIENTADOR DE ESTÁGIO
SERVIÇO DE INTERNAMENTO PEDIÁTRICO**

Ana Sofia de Jesus Silva



Docente Orientadora:
Professora Doutora Maria da Graça Vinagre



**Lisboa
Novembro de 2021**

Nota Introdutória

No âmbito da unidade curricular “Estágio com relatório”, no decurso do 3º semestre, do 12.º Mestrado em enfermagem na área de especialização em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, surgiu a necessidade de elaborar este guia orientador de estágio com a descrição dos objetivos a atingir e respetivas atividades e competências a desenvolver no serviço de internamento pediátrico de um hospital distrital. Pretende-se dar a conhecer, sucintamente, de forma clara e objetiva, o projeto de estágio a desenvolver no decurso da unidade curricular, com o título “Promoção da saúde dos adolescentes em tempo de pandemia COVID-19: Desafios para o enfermeiro”; e, de forma mais específica, constitui um guia facilitador da aquisição e desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista e de competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, particularmente neste estágio em contexto de internamento pediátrico.

Este projeto, planeado no âmbito da enfermagem de saúde infantil e pediátrica, surgiu tendo subjacente as necessidades de promoção da saúde e bem-estar dos adolescentes, nomeadamente em tempo de pandemia COVID-19, na tentativa de identificar e refletir sobre os desafios desta situação pandémica para os enfermeiros, no sentido de obter ganhos em saúde, atendendo às limitações e circunstâncias que surgiram para o controlo da pandemia, indo ao encontro das necessidades, dos desejos e das particularidades dos adolescentes, mobilizando a família, os pares e a comunidade, como parceiros no processo de cuidados.

Foram assim definidos como objetivos gerais para o Serviço de Internamento Pediátrico:

- Desenvolver competências de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica no cuidado à criança, ao adolescente e família, nos processos de saúde-doença, atendendo às suas etapas de desenvolvimento;
- Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados na área da promoção da saúde dos adolescentes, em tempo de pandemia COVID-19.

Este estágio decorre de 8 de novembro a 5 de dezembro de 2021, com a duração de 100 horas presenciais.

Contextualização da Problemática

A adolescência é uma fase de transição, com grandes alterações físicas, cognitivas, psicossociais, afetivas e emocionais cruciais no desenvolvimento de hábitos e comportamentos que influenciarão a saúde do indivíduo no futuro (OE, 2010; OMS, 2014; OPAS, 2021), mas que, por norma, é um período da vida saudável com baixos índices de morbidade e de mortalidade em relação aos outros grupos etários, que se traduz, conseqüentemente, a uma procura diminuta dos serviços de saúde (OMS, 2015).

Na adolescência, é expectável uma maior vulnerabilidade e suscetibilidade às influências positivas e negativas do meio ambiente, característica desta fase do ciclo de vida (Campisi et al., 2020), onde o isolamento social e as alterações no quotidiano poderão conduzir a conseqüências indesejáveis para a saúde dos adolescentes, nomeadamente a nível da saúde mental (Costa, Guedes, Nogueira & Maciel, 2021). Em alguns indivíduos, as alterações quando são pouco aceites e quando combinadas com outros fatores de risco poderão conduzir ao stress, a sentimentos de confusão, ao medo, a incertezas ou a outros problemas de saúde (Stanford Children's Health, 2021).

A pandemia COVID-19 tem tido efeitos na sociedade a vários níveis e apesar da doença ter uma apresentação clínica ligeira na idade pediátrica, com melhor prognóstico nas crianças e nos adolescentes, relativamente aos adultos, sendo um grupo especialmente vulnerável, o isolamento social e as alterações no quotidiano têm trazido efeitos negativos colaterais com elevado impacto (Peixoto et al., 2021). Situação que nos conduz a uma reflexão sobre se estes efeitos se poderão também agravar: pelas restrições que surgiram ao acesso a cuidados de saúde, nomeadamente pela suspensão e/ou diminuição da atividade programada nos estabelecimentos do SNS, e pela suspensão ou cessação da atividade de estabelecimento do setor privado, cooperativo e social (Entidade Reguladora da Saúde, 2020).

Uma vez que a pandemia COVID-19 é uma situação mundial não se prevendo o seu fim próximo, é prioritário fortalecer a capacidade de atuação na promoção da saúde dos adolescentes, articulando esforços sociais e políticos (Fiocruz, 2021). Através do desenvolvimento de estratégias de apoio aos adolescentes num futuro próximo, deverá existir uma aposta numa abordagem multidisciplinar articulando esforços dos profissionais de saúde, professores, educadores e familiares, de forma a minimizar o impacto negativo desta pandemia (Peixoto et al., 2021). Assim, um caminho a seguir será reduzir os fatores de risco e fortalecer os fatores de proteção, tanto quanto possível, apostando em iniciativas de prevenção integradas multissetoriais (Bilsen, 2018).

Assim, o Enfermeiro EESIP, enquanto profissional titular de competências especializadas, pode atuar em qualquer contexto onde se encontrem crianças e adolescentes que necessitem de cuidados de enfermagem visando a promoção da saúde, do bem-estar e do autocuidado e a prevenção de complicações (Regulamento n.º 351/2015, 2015), que tal como vem descrito no Regulamento de Competências Específicas do EEESIP as áreas de atuação do EESIP incluem “a deteção precoce e encaminhamento de situações que possam afetar negativamente a vida ou a qualidade de vida, nomeadamente comportamentos de risco, (...) a promoção da autoestima do adolescente e a sua progressiva responsabilização pelas escolhas relativas à saúde” (Regulamento n.º 422/2018, 2018).

Objetivos, Atividades e Competências a desenvolver

Objetivo Geral 1: Desenvolver competências de enfermeiro EESIP no cuidado à criança, ao adolescente e família, nos processos de saúde-doença, atendendo às suas etapas de desenvolvimento.		
Objetivo Específico 1.1: Aprofundar conhecimentos no cuidar à criança, adolescente e família em situações de doença, no contexto de internamento pediátrico.		
Atividades	Recursos	Competências a desenvolver
<ul style="list-style-type: none"> - Reunião com a enfermeira orientadora para conhecimento do contexto, necessidades do serviço e apresentação e discussão do documento orientador de estágio. - Pesquisa bibliográfica específica atendendo às situações de doença aguda e crónica da criança e adolescente internados no serviço. - Consulta de normas, protocolos e algoritmos de atuação do serviço. - Identificação do método de distribuição de trabalho dos enfermeiros EESIP no serviço. 	<p>Materiais: Bibliografia de referência e atual de diferentes bases de dados e documentos disponíveis no serviço.</p> <p>Humanos: Docente orientadora; Enfermeira orientadora; Enfermeira chefe e Enfermeiros EESIP; Equipa multidisciplinar.</p>	<p>B1.1. Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.</p> <p>D1.1. Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.</p> <p>D2.2. Suporta a prática clínica em evidência científica. (Regulamento nº 140/2019, 2019, p. 4746-4750)</p>
Objetivo Específico 1.2: Colaborar no cuidado à criança, adolescente e família com necessidade de cuidados de saúde, no contexto de internamento pediátrico.		
Atividades	Recursos	Competências a desenvolver
<ul style="list-style-type: none"> - Prestação de cuidados de saúde de enfermagem globais à criança, adolescente e família, em situação de doença. - Observação e aplicação de estratégias de atuação com enfoque na filosofia de cuidados centrados na família. - Observação e aplicação de estratégias de atuação com enfoque na filosofia de cuidados não traumáticos. - Observação e aplicação de estratégias não farmacológicas para o alívio da dor. - Negociação com motivação para a participação da criança, adolescente e família no processo de cuidar com promoção da autonomia e do bem-estar. 	<p>Materiais: Bibliografia de referência e atual.</p> <p>Humanos: Docente orientadora; Enfermeira orientadora; Enfermeiros EESIP; Equipa multidisciplinar.</p>	<p>E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.</p> <p>E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.</p> <p>E2.1. Reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados.</p> <p>E2.2. Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas.</p> <p>E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade. (Regulamento nº 422/2018, 2018, p. 19193-19194)</p>

		<p>A1.1. Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.</p> <p>A2.1. Promove a proteção dos direitos humanos.</p> <p>C1.1. Otimiza o processo de cuidados ao nível da tomada de decisão.</p> <p>C2.1. Otimiza o trabalho da equipa adequando os recursos às necessidades de cuidados.</p> <p>D1.1. Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.</p> <p>D2.2. Suporta a prática clínica em evidência científica.</p> <p>(Regulamento nº 140/2019, 2019, p. 4746-4750)</p>
<p>Objetivo Específico 1.3: Aperfeiçoar técnicas de comunicação à criança, adolescente e família em situações de doença, com necessidades de cuidados de saúde, no internamento pediátrico.</p>		
Atividades	Recursos	Competências a desenvolver
<ul style="list-style-type: none"> - Observação e aplicação de estratégias de comunicação com a criança, o adolescente e a família, utilizando técnicas apropriadas à idade, estágio de desenvolvimento e cultura. - Escuta ativa da criança, adolescente e família; - Observação e aplicação de estratégias de comunicação motivadoras para a participação da criança, adolescente e família no processo de cuidar com promoção da autonomia e do bem-estar; - Elaboração de síntese reflexiva: Comunicação terapêutica com o adolescente: uma reflexão a partir da prática. 	<p>Materiais: Bibliografia de referência.</p> <p>Humanos: Docente orientadora; Enfermeira orientadora; Enfermeiros EESIP; Equipa multidisciplinar.</p>	<p>E1.1. Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem.</p> <p>E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.</p> <p>E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.</p> <p>(Regulamento nº 422/2018, 2018, p. 19193-19194)</p> <p>A2.1. Promove a proteção dos direitos humanos.</p> <p>B1.1. Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.</p> <p>B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.</p> <p>D1.1. Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.</p> <p>D2.2. Suporta a prática clínica em evidência científica.</p> <p>(Regulamento nº 140/2019, 2019, p. 4746-4750)</p>

Objetivo Geral 2:

Desenvolver competências na prestação de cuidados de enfermagem especializados na área da promoção da saúde dos adolescentes em tempo de pandemia COVID-19.

Objetivo Específico 2.2:

Identificar as dificuldades e barreiras sentidas pelos enfermeiros, face à pandemia COVID-19, que vieram limitar a qualidade da prestação dos cuidados de enfermagem

Atividades	Recursos	Competências a desenvolver
<p>- Elaboração de registos sobre as dificuldades e barreiras sentidas pelos enfermeiros, face à pandemia COVID-19, que vieram limitar a qualidade da prestação dos cuidados de enfermagem (através de passagens de turno, conversas informais);</p> <p>- Reflexão em equipa</p>	<p>Materiais: Bibliografia de referência atual.</p> <p>Humanos: Docente orientadora; Enfermeira orientadora; Enfermeira chefe e Enfermeiros EESIP; Equipa multidisciplinar.</p>	<p>E1.2. Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem.</p> <p>E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.</p> <p>E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.</p> <p>E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde. (Regulamento nº 422/2018, 2018, p. 19193-19194)</p> <p>A1.1. Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.</p> <p>A2.1. Promove a proteção dos direitos humanos.</p> <p>B1.1. Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.</p> <p>B2.1. Avalia a qualidade das práticas clínicas</p> <p>B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.</p> <p>B3.2. Participa na gestão do risco ao nível institucional e/ou de unidades funcionais.</p> <p>D1.1. Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.</p> <p>D1.2. Gera respostas de adaptabilidade individual e organizacional.</p> <p>D2.2. Suporta a prática clínica em evidência científica. (Regulamento nº 140/2019, 2019, p. 4746-4750)</p>

Objetivo Específico 2.3:

Identificar as intervenções promotoras da saúde dos adolescentes implementadas pelos EESIP, em tempo de pandemia COVID-19

Atividades	Recursos	Competências a desenvolver
<ul style="list-style-type: none">- Escuta ativa do adolescente e da família;- Negociação com motivação para a participação do adolescente e família no processo de cuidar.- Observação e aplicação de estratégias de promoção da autonomia e autocuidado do adolescente;- Identificação dos cuidados especializados, prestados pelo enfermeiro EESIP, promotores da saúde dos adolescentes durante o internamento, em tempo de pandemia COVID-19.	<p>Materiais: Bibliografia de referência atual.</p> <p>Humanos: Docente orientadora; Enfermeira orientadora; Enfermeira chefe e Enfermeiros EESIP; Equipa multidisciplinar.</p>	<p>E2.5. Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade.</p> <p>E3.1. Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil.</p> <p>E3.3. Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura.</p> <p>E3.4. Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde. (Regulamento nº 422/2018, 2018, p. 19193-19194)</p> <p>A1.1. Demonstra uma tomada de decisão segundo princípios, valores e normas deontológicas.</p> <p>A2.1. Promove a proteção dos direitos humanos.</p> <p>A2.2. Gere, na equipa, as práticas de cuidados fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade do cliente.</p> <p>B1.1. Mobiliza conhecimentos e habilidades, garantindo a melhoria contínua da qualidade.</p> <p>B2.1. Avalia a qualidade das práticas clínicas.</p> <p>B3.1. Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo.</p> <p>D1.1. Detém consciência de si enquanto pessoa e enfermeiro.</p> <p>D2.1. Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho.</p> <p>D2.2. Suporta a prática clínica em evidência científica. (Regulamento nº 140/2019, 2019, p. 4746-4750)</p>

Referências Bibliográficas

- Bilsen, J. (2018). Suicide and Youth: Risk Factors. *Frontiers in Psychiatry*, 9(540), 1-5. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00540>
- Campisi, S.C., Carducci, B., Akseer, N., Zasowski, C., Szatmari, P. & Bhutta, Z.A. (2020). Suicidal behaviours among adolescents from 90 countries: a pooled analysis of the global school-based student health survey. *BMC Public Health*, 20(1102), 1-11. <https://doi.org/10.1186/s12889-020-09209-z>
- Costa, A.G.R., Guedes, B.D.S., Nogueira, M.M. & Maciel, M.P.A. (2021). Revisão bibliográfica acerca da saúde geral do jovem e do adolescente e relato de profissionais da saúde sobre o impacto do COVID-19 nesta população. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(5), 20787-20806. [10.34119/bjhrv4n5-184](https://doi.org/10.34119/bjhrv4n5-184)
- Entidade Reguladora da Saúde (2020). *Informação de Monitorização: Impacto da pandemia COVID-19 no sistema de saúde*. ERS. <https://www.ers.pt/media/3487/im-impacto-covid-19.pdf>
- Fiocruz. (2021). COVID-19 e a saúde da criança e do adolescente. (2nd ed.). Fundação Oswaldo Cruz. <https://portaldeboaspraticas.iff.fiocruz.br/atencao-crianca/covid-19-e-saude-da-crianca-e-do-adolescente-segunda-edicao/>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Guia orientador de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica: Entrevista ao adolescente. *Cadernos da Ordem dos Enfermeiros, Série I*, 3(1). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatria_volume1.pdf.
- Organização Mundial da Saúde. (2014). Preventing suicide: a global imperative. OMS. <https://www.who.int/publications/i/item/9789241564779>
- Organização Mundial da Saúde. (2015). Global standards for quality health-care services for adolescents. OMS. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/183935>
- Organização Pan-América da Saúde. (2021). Saúde mental dos adolescentes. OPAS. <https://www.paho.org/pt/topicos/saude-mental-dos-adolescentes>.
- Peixoto, D., Leal, B., Ribeiro, D., Correia, L., Hipólito, E. & Rocha, P. (2021). Impacto do confinamento na saúde das crianças e adolescentes durante a pandemia de COVID-19. *Acta Médica Portuguesa*, 34(4), 317. <https://doi.org/10.20344/amp.15885>
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. *Diário da República: II Série*, nº 26 de 06-02-2019, 4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Regulamento n.º 351/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: II Série, n.º 119 de 22-06-2015, 16660-16665. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/351-2015-67552235>

Regulamento n.º 422/2018 (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: II Série, n.º 133 de 12-07-2018, 19192-19194. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115685379/details/normal?l=1>

Stanford Children's Health (2021). Teen Suicide. <https://www.stanfordchildrens.org/en/topic/default?id=teen-suicide-90-P02584>

**Apêndice IV – Protocolo de controlo de stocks e
validades da terapêutica da rede de frio**

PROTOCOLO DE CONTROLO DE STOCKS E VALIDADES DA TERAPÊUTICA DA REDE DE FRIO

No âmbito do estágio na unidade de neonatologia e de acordo com as oportunidades que surgiram e perante uma necessidade específica do serviço, foi delineado o objetivo específico de observação e participação na gestão e controlo de materiais, equipamentos e terapêutica, com vista a minimizar a probabilidade de ocorrência de erro humano, pois surgiu a oportunidade de colaborar ativamente na reorganização da terapêutica da rede de frio, através da elaboração de um protocolo para controlo de stocks e validades e da realização de uma sessão de apresentação do protocolo para a sua implementação no serviço.

Na unidade de neonatologia existe um frigorífico de armazenamento de terapêutica, com necessidade de refrigeração, para utilização pelas unidades de neonatologia, berçário e obstetrícia. Assim, existindo vários enfermeiros de diferentes unidades a fazer utilização desta terapêutica considerou-se emergente a organização da terapêutica por unidade e por indicação terapêutica e a construção de um protocolo de verificação periódica de níveis de stocks e validades.

A investigação sobre os riscos associados aos cuidados de saúde tem sido uma preocupação constante, sendo consensual que a segurança do doente assume primordial importância na qualidade dos cuidados prestados. O Código Deontológico do Enfermeiro assume que cabe ao enfermeiro o dever de zelar pela segurança do doente e garantir a qualidade dos cuidados (OE, 2005).

A ocorrência de incidentes de segurança durante a prestação de cuidados de saúde é uma realidade dos sistemas de saúde modernos. A implementação de políticas e estratégias que reduzam estes incidentes, uma parte dos quais é evitável, é reconhecida, nacional e internacionalmente, como conducente a ganhos em saúde e constitui hoje uma aposta inequívoca em saúde (DGS, 2021).

A segurança do doente é uma preocupação central dos sistemas de saúde, em todo mundo, constituindo o erro relacionado com a terapêutica um dos temas em destaque. Sabe-se que os medicamentos contribuem de forma significativa para melhorar a qualidade de vida das pessoas, contudo o seu uso não é isento de riscos. Os erros mais frequentes inerentes aos cuidados de

saúde, principalmente a nível hospitalar, são os erros relacionados com a preparação e administração da terapêutica (Otero & Domínguez-Gil, 2000).

A OMS estima que entre 8% a 10% dos doentes internados são vítimas de incidentes, devido a práticas pouco seguras na utilização da terapêutica, com consequências na morbilidade, mortalidade, nos custos dos cuidados de saúde e em altas hospitalares tardias (OE, 2005; DGS, 2015).

Na realidade, na nossa prática diária, como enfermeiros, agimos segundo regras, padrões, orientações, recomendações de boas práticas e segundo os princípios éticos da profissão, no entanto, as condições complexas que envolvem a prestação de cuidados de enfermagem, podem conduzir por vezes, à ocorrência de avaliações, decisões e práticas menos corretas não intencionais que podem originar erros ou eventos adversos nos doentes (Castilho & Parreira, 2012).

A possibilidade de erro estará sempre presente no nosso dia-a-dia, no entanto compete-nos, enquanto enfermeiros, adotar uma atitude proativa, procurando agir sempre de acordo com os princípios que regem a profissão.

Reconhecendo que somos os profissionais que mais tempo passam junto dos doentes, somos também os mais envolvidos com a segurança do doente (OE, 2015). Assim, compete-nos, enfermeiros, como elementos da equipa multidisciplinar, assumir uma missão primordial na implementação de sistemas de melhoria da qualidade, para que os cuidados de saúde sejam mais efetivos, eficientes e do mais elevado nível. Em que, a segurança do doente, como um dos determinantes de qualidade em saúde, deve ser cada vez mais uma preocupação de todos os envolvidos, particularmente dos enfermeiros, não só enquanto prestadores diretos de cuidados, mas também enquanto gestores (Pratas, 2017).

A gestão dos riscos associados à prestação de cuidados de saúde é, assim, um processo coletivo, que tem como objetivo garantir a maior segurança possível dos doentes, evitando incidentes, que podem ser frequentes, por vezes graves e frequentemente evitáveis, suscetíveis de comprometerem a qualidade do SNS. A causa destes incidentes de segurança raramente está associada à falta de competência técnica dos profissionais, mas ligada a falhas de organização, de coordenação ou de comunicação, que revelam baixo índice de cultura sistémica de segurança e de política institucional de identificação de riscos específicos (DGS, 2015).

Ao priorizar, desenvolver e criar condições que permitam garantir uma cultura centrada na segurança, os gestores conduzem a instituição para um nível em que os doentes, as famílias e os profissionais de saúde sentem uma maior abertura e confiança para discutir e antecipar as fragilidades do sistema, bem como a possibilidade de ocorrência de eventos indesejáveis, mas também, para responder de forma transparente aos desafios da complexidade inerente à prestação de cuidados de saúde (DGS, 2021).

PLANO DE SESSÃO DE APRESENTAÇÃO DO PROTOCOLO:

Tema: Protocolo de controlo de stocks e validades da terapêutica da rede de frio

Formadora: Enf^a Ana Sofia Silva, aluna MEEESIP

Enf^a Orientadora: EEESIP

Destinatários: Enfermeiros do serviço de Neonatologia, Berçário e Obstetrícia

Local: Sala de Enfermagem do serviço de Obstetrícia

Data: 7 de março de 2022

Hora: 15h30

Objetivo geral: Dar a conhecer o protocolo de controlo de stocks e validades da terapêutica da rede de frio, sensibilizando para a importância da sua utilização.

Objetivos específicos:

- 1) Definir de conceitos: segurança do doente; erro relacionado com a terapêutica.
- 2) Analisar o papel central dos enfermeiros na promoção da segurança dos doentes.
- 3) Apresentar o protocolo de controlo de stocks e validades da terapêutica da rede de frio.

Desenvolvimento da Sessão	Conteúdos	Duração
Introdução	- Apresentação da formadora. - Pertinência do tema. - Objetivo geral objetivos e específicos.	5´
Desenvolvimento	- Definição de conceitos: segurança do doente; erro relacionado com a terapêutica. - Discussão sobre o papel central dos enfermeiros na promoção da segurança dos doentes. - Apresentação do protocolo de controlo de stocks e validades da terapêutica da rede de frio	15´
Conclusão	- Breve síntese da sessão. - Discussão e reflexão para esclarecimento de dúvidas.	8´
Avaliação	- Preenchimento de breve questionário de avaliação sobre a utilidade da sessão, de forma individual e anónima.	2´

Métodos e Técnicas Pedagógicas: Método Ativo - Expositivo.

Documentação e Materiais: Protocolo em papel para distribuir por todos os presentes.

AVALIAÇÃO DA SESSÃO:

Após a sessão, procedeu-se à avaliação da mesma por parte dos pares, a fim de compreender se os objetivos inicialmente propostos tinham sido atingidos.

Foi realizada a avaliação da sessão através da utilização de questionários individuais e anónimos com uma escala de posicionamento de 1 a 4 pontos, correspondendo a uma escala crescente de satisfação, conforme mostra a figura 1:

Avaliação da sessão de formação				
Tema: Protocolo de controlo de stocks e validades da terapêutica da rede de frio				
Formadora: Enfª Ana Sofia Silva, aluna do MEESIP				
Enfª Orientadora: Especialista em Saúde Infantil e Pediatria				
Destinatários: Enfermeiros do serviço de Neonatologia, Berçário e Obstetrícia				
Local: Sala de Enfermagem do serviço de Obstetrícia				
Data: 7 de março de 2022 Hora: 15h30				
Este questionário é anónimo e a sua opinião sobre esta sessão é muito importante.				
Conforme a sua opinião, por favor, marque um (X) à frente de cada um dos parâmetros abaixo indicados, numa escala de 1 a 4 pontos, onde:				
1 = insuficiente, 2 = regular, 3 = bom e 4 = muito bom.				
	1	2	3	4
Conteúdos da ação de formação				
Estrutura dos conteúdos				
Interesse/utilidade dos conteúdos				
Concretização dos objetivos propostos				
Esta ação de formação permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos				
Críticas/Sugestões/Comentários:				

Figura 1: Questionário de avaliação de sessão de formação

A avaliação da sessão foi muito positiva, uma vez que todos os oito participantes avaliaram todos os parâmetros na pontuação máxima (4): conteúdos da ação de formação, estrutura dos conteúdos, interesse/utilidade dos conteúdos, concretização dos objetivos propostos e aquisição de novos conhecimentos.

Refletiu-se em conjunto sobre os obstáculos à implementação de intervenções de enfermagem e de protocolos para a minimização do erro associados à escassez de profissionais nos serviços e à sobrecarga de trabalho. Confirmou-se em unanimidade que o recurso a estas estratégias é realmente benéfico para a segurança do doente e para a qualidade dos cuidados de enfermagem.

A equipa assumiu voluntariamente o compromisso consciente, quanto à implementação do protocolo sugerido no serviço.

Tal como descrito no Regulamento das Competências Comuns do EE, este deverá demonstrar “um exercício seguro, profissional e ético, utilizando habilidades de tomada de decisão ética e deontológica” através de uma “avaliação sistemática das melhores práticas”, garantindo um ambiente terapêutico e seguro. (Regulamento n.º 140/2019, 2019). E em saúde infantil e pediatria, conforme descrito nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem compete ao EEESIP “(...) prestar cuidados de nível avançado com segurança e competência (...)” (Regulamento n.º 351/2015 (2015).).

Neste sentido, considero que a realização deste protocolo contribuiu não só para o desenvolvimento das minhas competências como para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem neste serviço.

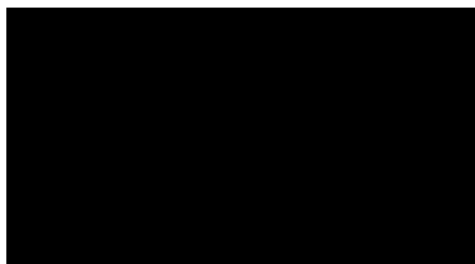
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Castilho, A. & Parreira, P.M. (2012). Construção e avaliação das propriedades psicométricas de uma escala de eventos adversos associados às práticas de enfermagem. *Revista de Investigação de Enfermagem*, 1(2), 59-73. https://www.researchgate.net/publication/288826769_Construcao_e_Avaliacao_das_Propriedades_psicometricas_de_uma_escala_de_Eventos_adversos_associados_as_praticas_de_Enfermagem
- Direção Geral da Saúde (2015). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2015-2020*. DGS. <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2015-2020.aspx>
- Direção Geral da Saúde. (2021). *Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021-2026*. DGS. <https://www.dgs.pt/qualidade-e-seguranca/seguranca-dos-doentes/plano-nacional-para-a-seguranca-dos-doentes-2021-2026.aspx>
- Ordem dos Enfermeiros (2005). A Enfermagem Conta: Erros de Medicação. *Revista da Ordem dos Enfermeiros*. 17. 44-46. <https://www.flipsnack.com/ordemenfermeiros/roe17/full-view.html>
- Otero, M.J. & Domínguez-Gil, A. (2000). Acontecimientos adversos por medicamentos: una patologia emergente. *Farmácia Hospitalária*. 24 (4). 258-266. Disponível em: <https://www.elsevier.es/es-revista-farmacia-hospitalaria-121-articulo-acontecimientos-adversos-por-medicamentos-una-10017812>.
- Pratas, A.R.P.A. (2017). Factores que influenciam a ocorrência de erros de medicação, enquanto esta está sob gestão do enfermeiro, no serviço de urgência: Dissertação para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem Médico-Cirúrgica. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra. Disponível em: https://web.esenfc.pt/pav02/include/download.php?id_ficheiro=58528&codigo=432

Regulamento n.º 140/2019 (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, II Série (nº 26 de 06-02-2019), 4744-4750. Disponível em: <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>.

Regulamento n.º 351/2015 (2015). Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: II Série, nº 119 de 22-06-2015, 16660-16665. <https://dre.pt/dre/detalhe/regulamento/351-2015-67552235>

**Apêndice V – Norma de procedimentos interna:
Pedidos de marcação no SISQUAL**



NORMA DE PROCEDIMENTOS

Pedidos de marcação
no SISQUAL

Elaborado em:

21/02/2022

Revisão em:

Proveniência:

Coordenação científica:

Equipa operacional:

Destinatários:

Profissionais de Saúde da USF

CONTEXTUALIZAÇÃO:

O SISQUAL WFM é um programa informático para gestão e controlo dos dados de registo de assiduidade dos colaboradores.



OBJETIVOS:

- Uniformizar procedimentos nos pedidos de marcação no SISQUAL.
- Reduzir tempo e minimizar o erro nos pedidos de marcação no SISQUAL.

OPERACIONALIZAÇÃO:

Os pedidos de marcação no SISQUAL devem ser realizados quando:

- o profissional vai prestar serviços nas instalações de outra unidade funcional do ACES;
- o sistema informático não está em funcionamento.

Os pedidos de marcação no SISQUAL devem ser registados após a realização do serviço.

1. Realizar **login** na aplicação.



2. Na **página inicial**, optar pelo pedido de **marcação**.

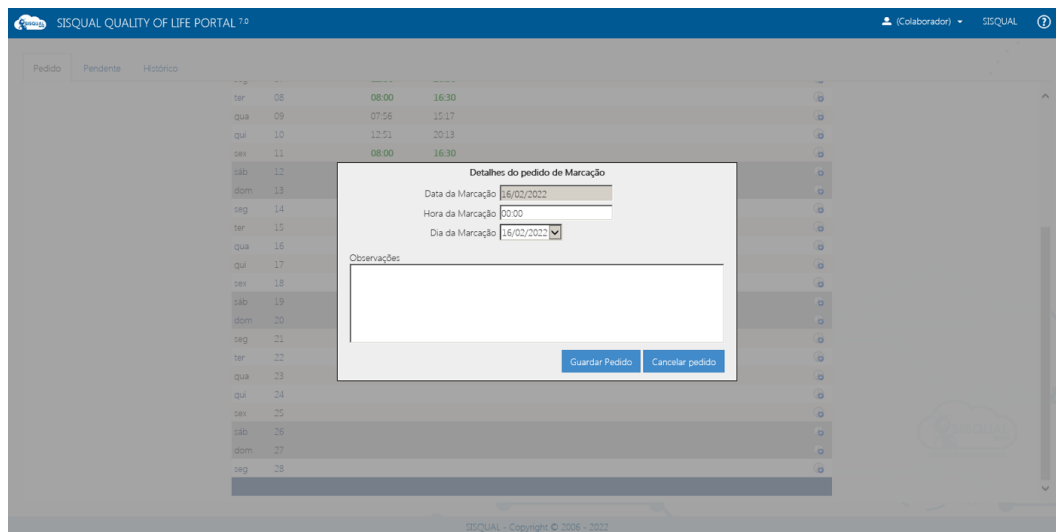


3. Nos pedidos de **marcação** existem 3 separadores, em que:

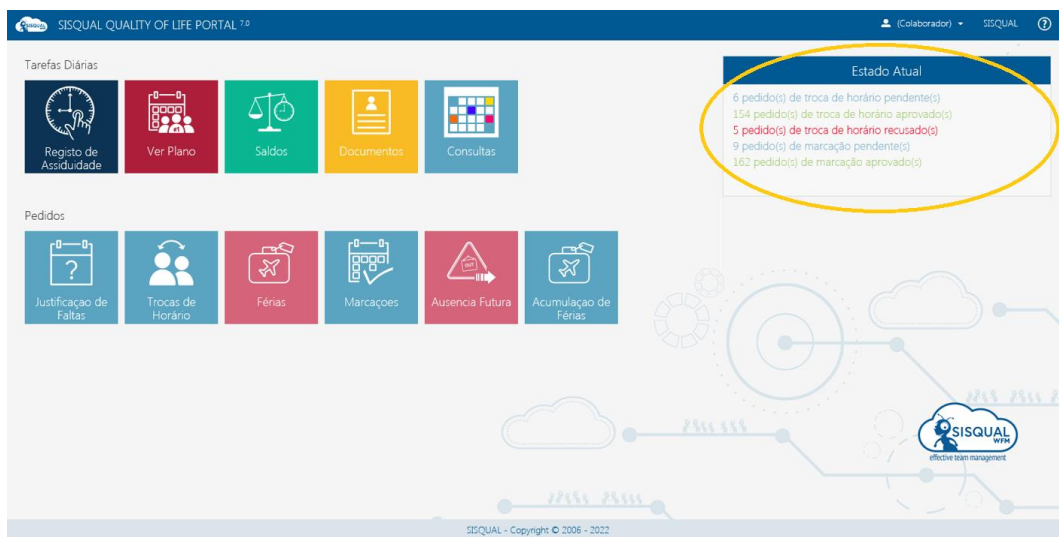
- No separador de **pedidos de marcações** podem-se efetuar pedidos de marcação;
- No separador de **marcações pendentes** podem-se consultar as marcações a aguardar análise pelo superior hierárquico;
- No separador de **histórico de marcações** podem-se consultar as marcações anteriormente aprovadas ou recusadas pelo superior hierárquico;



- Dentro do separador de **pedidos de marcações**, deverá:
 - 1º) selecionar a data pretendida da marcação;
 - 2º) registar a hora pretendida da marcação;
 - 2º) registar o motivo da marcação nas observações;
 - 3º) guardar pedido.



Por todos os pedidos de marcação a aguardar análise pelo superior hierárquico, aceites ou recusados é gerada uma notificação que aparecerá no **estado atual** da página inicial.



Elaborado por:

- Enfermeira Ana Sofia Silva, aluna MEEESIP
- Enfermeira orientadora EESIP

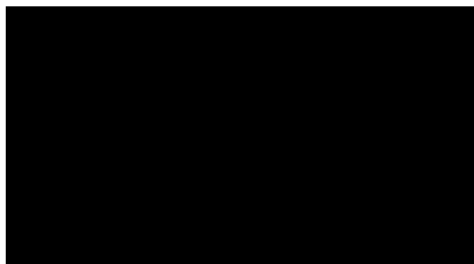
Revisto por:

Conselho técnico USF

Aprovado por:

Equipa multiprofissional
USF

**Apêndice VI – Norma de procedimentos interna:
Pedidos de troca de horário no SISQUAL**



NORMA DE PROCEDIMENTOS

Pedidos de troca de horário no SISQUAL

Elaborado em:

21/02/2022

Revisão em:

Proveniência:

Coordenação científica:

Equipa operacional:

Destinatários:

Profissionais de Saúde da USF

CONTEXTUALIZAÇÃO:

O SISQUAL WFM é um programa informático para gestão e controlo dos dados de registo de assiduidade dos colaboradores.



OBJETIVOS:

- Uniformizar procedimentos nos pedidos de troca de horário no SISQUAL.
- Reduzir tempo e minimizar o erro nos pedidos de troca de horário no SISQUAL.

OPERACIONALIZAÇÃO:

Os pedidos de troca de horário no SISQUAL devem ser realizados quando:

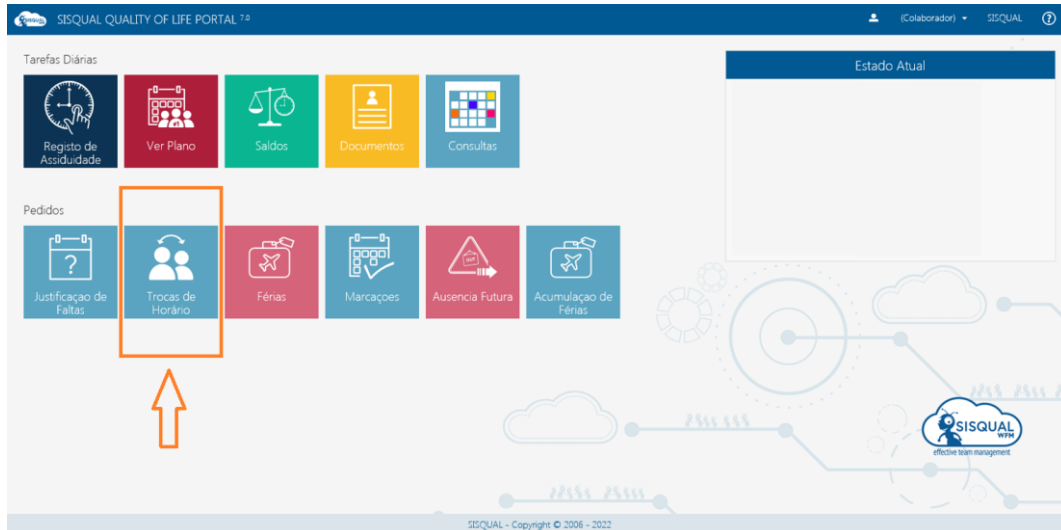
- o horário planeado não coincide com o horário a realizar/realizado pelo profissional, por necessidade do serviço.

Os pedidos de troca de horário no SISQUAL devem ser registados antes da realização do serviço.

1. Realizar **login** na aplicação.

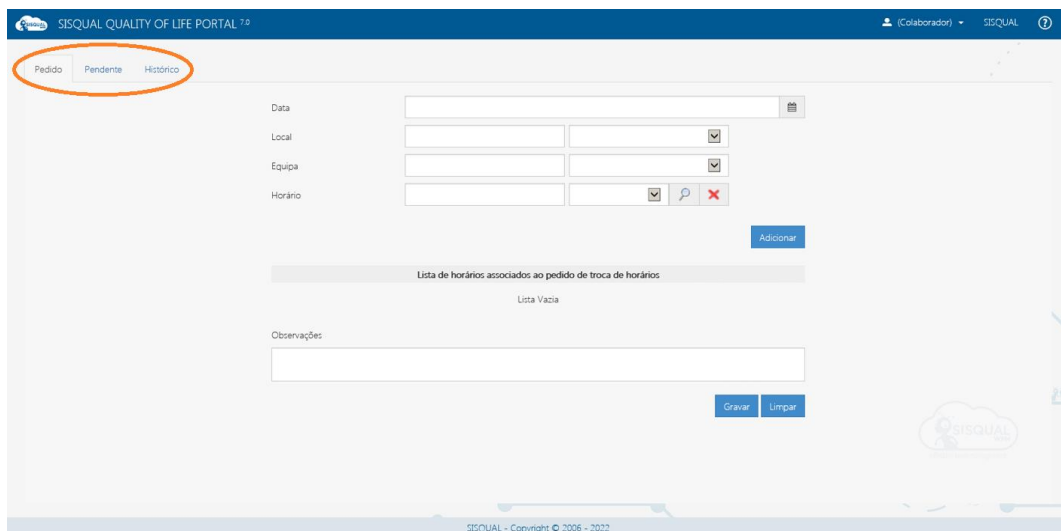


2. Na **página inicial**, optar pelo pedido de **troca de horário**.

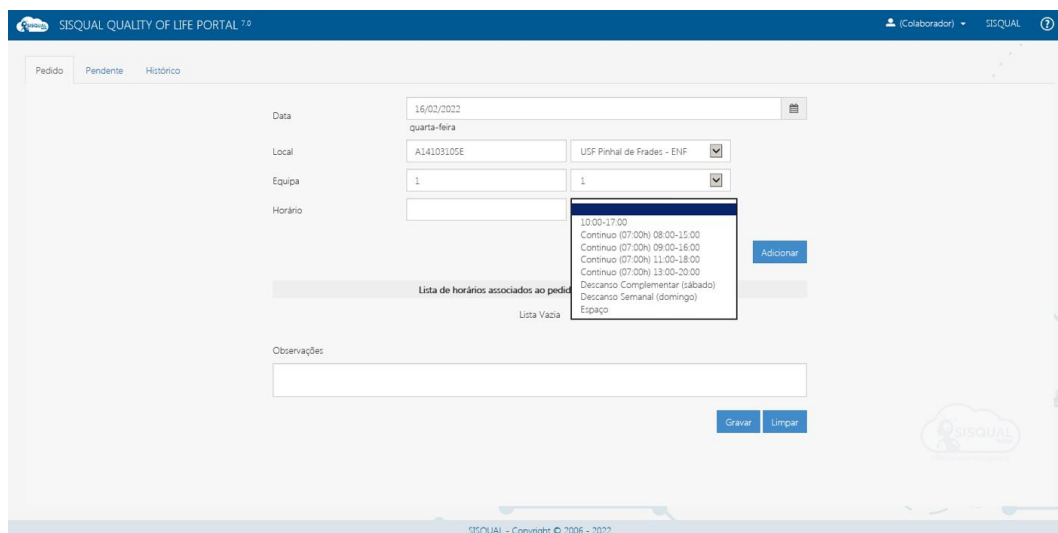


3. Nos pedidos de **troca de horário** existem 3 separadores, em que:

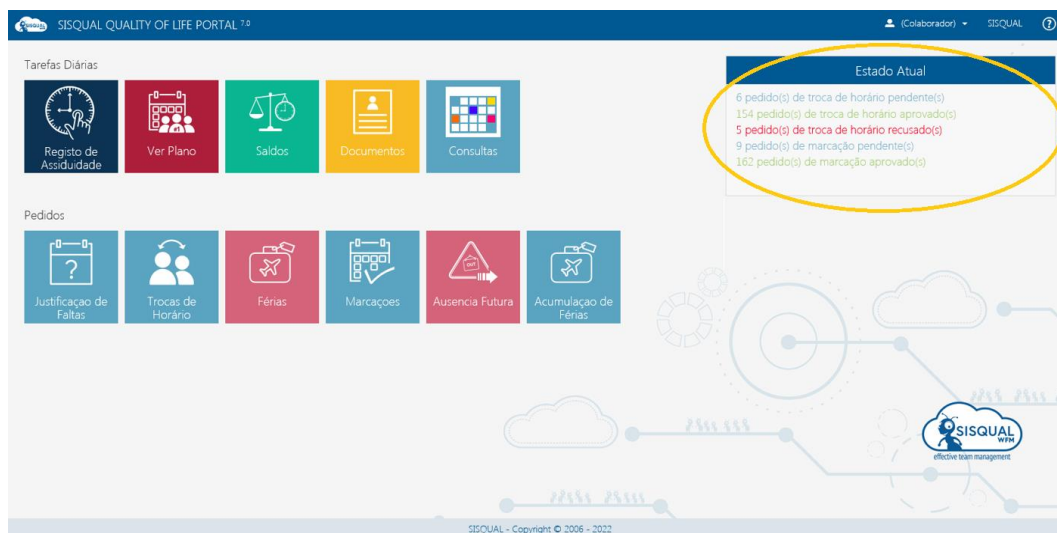
- No separador de **pedidos de trocas de horário** podem-se efetuar pedidos de troca de horário;
- No separador de **trocas de horário pendentes** podem-se consultar as trocas de horário a aguardar análise pelo superior hierárquico;
- No separador de **histórico de trocas de horário** podem-se consultar as trocas de horário anteriormente aprovadas ou recusadas pelo superior hierárquico;



- Dentro do separador de **pedidos de troca de horário**, deverá:
 - 1º) selecionar a data pretendida;
 - 2º) selecionar o local;
 - 3º) selecionar a equipa;
 - 4º) escolher o horário pretendido;
 - 5º) selecionar adicionar pedido;
 - 6º) registar o motivo do pedido de troca de horário nas observações;
 - 7º) gravar pedido



Por todos os pedidos de marcação a aguardar análise pelo superior hierárquico, aceites ou recusados é gerada uma notificação que aparecerá no **estado atual** da página inicial.



Elaborado por:

- Enfermeira Ana Sofia Silva, aluna MEEESIP
- Enfermeira orientadora EESIP

Revisto por:

Conselho técnico USF

Aprovado por:

Equipa multiprofissional
USF

**Apêndice VII – Promoção da esperança na família
da criança com paralisia cerebral:
Uma reflexão a partir da prática**

PROMOÇÃO DA ESPERANÇA NA FAMÍLIA DA CRIANÇA COM PARALISIA CEREBRAL: UMA REFLEXÃO A PARTIR DA PRÁTICA

No âmbito do percurso formativo, concretamente no estágio que decorreu num centro de desenvolvimento da criança surgiu, a necessidade de elaborar esta síntese reflexiva sobre a promoção da esperança na família da criança com paralisia cerebral.

Este estágio permitiu-me realizar uma constante reflexão integrando a teoria e a prática, pela oportunidade de contactar com uma unidade multiprofissional para atendimento de crianças, adolescentes, e famílias, com patologias do foro neurológico e/ou com alterações no desenvolvimento psicomotor, que tem como missão prestar apoio clínico e psicossocial, promovendo a ligação com a comunidade no estabelecimento de parcerias para a continuidade dos cuidados. Foi possível observar uma prestação de cuidados de enfermagem especializados a estas crianças, adolescentes e famílias em resposta às suas necessidades globais.

A prática reflexiva em enfermagem tem contribuído significativamente para o desenvolvimento do exercício da profissão, sendo uma capacidade indispensável dos estudantes de enfermagem em contexto clínico, pois permite que se tornem autoconscientes e prestem os melhores cuidados, com atitudes reflexivas pré, pós e na ação (Peixoto & Peixoto, 2016).

No decorrer do estágio senti a necessidade de rever e atualizar conhecimentos na área da promoção da esperança na família da criança com paralisia cerebral, de modo a poder responder às exigências que me iam sendo colocadas, e pretendo assim, com este documento dar a conhecer a minha pesquisa e reflexão, de forma clara e objetiva, com vista à aquisição e desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista e de competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, particularmente em contexto da consulta da criança com alterações no neurodesenvolvimento.

SÍNTESE REFLEXIVA

Durante a observação de uma consulta de enfermagem, conheci o Francisco (nome fictício), uma criança de 19 meses, com um olhar vivo e um sorriso cativante, mas com uma hipotonicidade, para mim assustadora. Apresentava um controlo muito pobre da cabeça, tinha as mãos sempre fechadas, com uma pobreza de movimentos voluntários, não se sentava, não apresentava preensão palmar, não vocalizava, e engasgava-se com muita facilidade. O Francisco era fruto de uma gravidez não programada, mas vigiada em cuidados de saúde primários. Primeiro filho do casal, vivia com os pais e com os avós. Família com baixo nível de escolaridade e com dificuldades socioeconómicas. Dadas as limitações impostas pelo Covid-19, apenas a mãe acompanhava o Francisco à consulta. O Francisco nasceu de parto eutócico às 41 semanas, tendo sido internado na unidade de neonatologia por sépsis neonatal com compromisso respiratório grave, tendo sido necessário ventilação mecânica para satisfazer as necessidades vitais. O Francisco era acompanhado no centro de desenvolvimento desde a preparação da alta da unidade de neonatologia que o referenciou ao centro.

A mãe era assídua às consultas, exames e terapias com o Francisco, parecia entender toda a situação clínica existente, sendo interessada e disponível, colaborando ativamente em todas as intervenções terapêuticas propostas.

As alterações do neurodesenvolvimento englobam um grupo complexo e diversificado das patologias crónicas mais frequentes, com tendência a aumentar, que têm na base anomalias neurológicas e/ou sensoriais de carácter permanente que afetam 10% a 20% da população em idade pediátrica. A maioria de origem genética, manifestando-se logo nos primeiros anos de vida por um atraso ou um desvio nas aquisições do desenvolvimento e/ou por alterações do comportamento. Por um lado, destaca-se o grupo de patologias de maior gravidade, onde se inclui a paralisia cerebral, a incapacidade intelectual, as perturbações do espectro do autismo, a surdez neurossensorial profunda e a cegueira. Por outro lado, agregaram-se as perturbações que apesar de menor impacto clínico, têm uma repercussão muito significativa nas aprendizagens adaptativas e no sucesso escolar, bem como na qualidade de vida da criança e

da família, onde se incluem os problemas comportamentais de défice de atenção e hiperatividade, as perturbações da memória, da perceção, da coordenação motora, da linguagem, da flexibilidade cognitiva, da interação social e as perturbações específicas de aprendizagem escolar, entre outras (Ferreira, 2004; Oliveira et al, 2021).

A paralisia cerebral é a deficiência motora mais frequente na infância que tem um grande impacto e impõe múltiplos desafios e dificuldades às famílias, com necessidade de readaptação das rotinas diárias para se centrarem nos cuidados à criança (Ferreira, 2004; Rodrigues, Ferreira, Lotitto & Caldas, 2008).

Na Europa, anualmente, aproximadamente dois em cada mil nados-vivos (2‰) têm o diagnóstico de paralisia cerebral. Em Portugal, através da vigilância a nível nacional realizada a partir de notificações de casos de paralisia cerebral aos 5 anos de idade (Programa de Vigilância Nacional da Paralisia Cerebral aos 5 anos de idade - PVNPC5A) de crianças nascidas entre 2001 e 2010 identificaram-se 1719 crianças residentes em Portugal aos 5 anos, identificando-se assim uma prevalência de 1,65 ‰ (PVNPC5A, 2018).

A paralisia cerebral (PC) surge de uma lesão ou anomalia cerebral que ocorre durante a gestação ou nos primeiros anos de vida. Não é uma doença transmissível, nem hereditária. Existem diversos fatores que contribuem para a sua etiologia, isoladamente ou não, associados aos períodos pré-natal, perinatal e pós-natal. Entre as possíveis causas, no período pré-natal destacam-se as desordens genéticas, as infeções, a hipóxia fetal, e a exposição a substâncias tóxicas. No período perinatal, as causas estão relacionadas principalmente com as complicações durante o parto e a prematuridade. As principais causas de paralisia cerebral após o nascimento estão relacionadas com infeções do sistema nervoso central, traumatismos crânio-encefálicos e hipóxia cerebral grave (Rodrigues, Ferreira, Lotitto & Caldas, 2008).

Estão excluídas da designação de paralisia cerebral, todas as situações de doenças neuromusculares, a espinha bífida com envolvimento neurológico e as doenças degenerativas do sistema nervoso (Gonçalves, 2019).

A paralisia cerebral, é consequente de uma lesão cerebral que não progride, no entanto, as manifestações clínicas vão-se modificando ao longo do desenvolvimento das crianças e adolescentes, dependendo dos estímulos a que são sujeitos, bem como da terapêutica instituída e da plasticidade cerebral, tão importante nos primeiros anos de vida (Oliveira et al, 2021).

A paralisia cerebral engloba assim um vasto e heterogêneo conjunto de condições clínicas complexas resultantes de lesões ou anomalias, não evolutivas, do cérebro em desenvolvimento, com consequentes alterações permanentes, mas não inalteráveis, da função motora, do movimento e/ou da postura. Contudo, para além do comprometimento motor, habitualmente também surgem outras comorbilidades associadas, como a epilepsia e os défices sensoriais e/ou cognitivos (Surveillance of Cerebral Palsy in Europe, 2018; Gonçalves, 2019).

Existem diversas formas de classificar a paralisia cerebral, contudo, considera-se que, em termos individuais, a mais útil será caracterizar a situação pela sua natureza funcional específica e pela disfunção neuromuscular (espástico, disquinético ou atáxico), mais do que pela sua etiologia (Rodrigues, Ferreira, Lotitto & Caldas, 2008).

Não existem dois casos iguais de paralisia cerebral, existem múltiplas situações que variam desde uma ligeira descoordenação dos movimentos, até à incapacidade para segurar um objeto, para andar, falar ou deglutir.

Habitualmente, categoriza-se a capacidade funcional da criança com paralisia cerebral em 5 níveis, através do Sistema de Classificação da Função Motora Grossa (Gross Motor Function Classification System - GMFCS), da motricidade motora fina bimanual (Bimanual Fine Motor Function - BFMF), do desempenho na alimentação, da comunicação, do controle da baba e muitas outras. A avaliação sistematizada baseia-se na análise dos movimentos voluntários de crianças (Gonçalves, 2019).

A GMFCS é uma escala adaptada às diferentes faixas etárias e avalia as competências e não as limitações, ou seja, enfatiza a capacidade de execução da função motora global. O objetivo desta avaliação é permitir atribuir um significado na vida diária, na necessidade de utilização de dispositivos auxiliares e na qualidade do movimento. Pretende-se assim determinar qual o nível que melhor representa as atuais competências, dando ênfase ao desempenho habitual da criança em casa, na escola e em espaços da comunidade. Sendo importante classificar o real desempenho atual na função motora global e não incluir juízos sobre a qualidade do movimento ou prognósticos de melhoria (Andrada et al., 2007).

Esta classificação por níveis atribui um significado real da situação clínica aos profissionais de saúde das várias áreas, permitindo assim que todos os

intervenientes desenvolvam, com a criança/adolescente e família, estratégias terapêuticas integradas num plano de cuidados personalizado.

Em Portugal, a assistência ao neurodesenvolvimento infantil, numa perspetiva multidisciplinar, acontece em 3 níveis de cuidados. Nos CSP (nível I) é realizada a vigilância e o rastreio do desenvolvimento infantil com a orientação imediata em caso de suspeita de alteração para uma avaliação hospitalar e intervenção precoce. Nos hospitais, nos serviços de pediatria (nível II), são desenvolvidas as consultas de desenvolvimento com competência para responder às referências dos CSP. Aos CD (nível III), compete o atendimento às patologias específicas de forma a categorizar o diagnóstico primário do neurodesenvolvimento, a identificar as comorbilidades, a conhecer o perfil funcional, a pesquisar a etiologia, a avaliar o ambiente social, a estabelecer um programa de intervenção e a reavaliar e reajustar periodicamente. Neste âmbito, é imprescindível um trabalho coordenado das equipas especializadas e multidisciplinares entre os três níveis de cuidados e com a comunidade, garantindo a vinculação com a família e a articulação dos diferentes elementos envolvidos (Oliveira et al, 2021).

A paralisia cerebral ao englobar um abrangente conjunto de condições clínicas complexas com múltiplas incapacidades no desenvolvimento exige assim um modelo de reabilitação complexo, que abarque os três níveis de intervenção (primária, secundária e terciária) assente numa perspetiva multidimensional e interdisciplinar em que a família é reconhecida logicamente como um importante elemento na decisão da intervenção mais adequada em cada momento (Gonçalves, 2019).

O nascimento de um filho envolve uma panóplia de emoções que, na grande maioria dos casos, é um momento de grande alegria e satisfação, para a maior parte das famílias, mas quando nasce uma criança com deficiência, a situação muda completamente passando a ser um momento de dor, frustração, angústia, medo, insegurança, ansiedade e depressão. As famílias enfrentam uma crise emocional intensa pela perda do “filho perfeito idealizado” e pelo difícil processo de aceitação do prognóstico, dependente do tipo e da gravidade da lesão. O nascimento de uma criança com paralisia cerebral gera um impacto que traz uma nova realidade para a família. Não é apenas a criança que sofre com as consequências da lesão cerebral, mas também todo o ciclo familiar. Após o choque inicial, a família faz todo um esforço para se adaptar à situação tendo de

se reorganizar para integrar a criança no seio da habitual dinâmica familiar, com limitações e adaptações (Dantas, Collet, Moura & Torquato, 2010).

Aos EEESIP cabe a sensibilidade e competência para promover a adaptação da criança/adolescente e família à doença crônica, deficiência e/ou incapacidade (Regulamento nº 422/2018, 2018) e colaborar dentro da equipa multidisciplinar na implementação de um projeto terapêutico que atenda às suas amplas necessidades.

A esperança é um conceito multifacetado, multidimensional e transversal, com múltiplos significados, pois não pertence a uma só disciplina pelas suas variadas facetas, diferentes abordagens teóricas e diversas estratégias de investigação com diferentes resultados (Querido, 2018).

Reconhecendo-lhe a sua transversalidade, a esperança tem especial importância neste contexto de saúde e doença, pois a dor, a incerteza e o medo acompanham frequentemente as famílias de crianças e adolescentes com paralisia cerebral. Assim, e reconhecendo que um dos pilares dos cuidados de enfermagem pediátricos é o suporte à família, o EE está numa posição privilegiada para promover a esperança dos pais através de intervenções promotoras do seu conforto e do conforto da criança e do adolescente.

Enquanto foco de atenção da prática de enfermagem, a esperança é definida pelo Conselho Internacional de Enfermeiros (International Council of Nurses - ICN) como o sentimento de ter possibilidades, confiança nos outros e no futuro, entusiasmo pela vida, expressão de razões para viver e de desejo de viver, paz interior e otimismo, associado ao traçar de objetivos e mobilização de energias (ICN, 2019).

A esperança é um processo dinâmico, orientado para o futuro, atendendo ao passado e ao presente, implicando a determinação e alcance de objetivos significativos para a pessoa. Assim, ajudar as famílias a encontrar significado no sofrimento e a manter um sentido de construção da esperança é um aspeto comum aos cuidados de Enfermagem, e promover a esperança adequada enquanto agente terapêutico deve ser uma preocupação de todos os enfermeiros (Jones, 2007).

Nesta linha de intervenção e de acordo com o ICN, alguns autores, através da realização de uma scoping, identificaram algumas estratégias promotoras da esperança que assentam na implementação de intervenções terapêuticas como: ajudar a pessoa a estabelecer e a rever metas relativas ao

seu objeto de esperança; evitar esconder a verdade; envolver ativamente a pessoa no cuidado; desenvolver um plano de cuidados que envolva a obtenção de metas, partindo das mais simples para as mais complexas; encorajar relações terapêuticas; e, oferecer oportunidades à pessoa/família para se envolverem em grupos de apoio (Carvalho, Lourença, Charepe & Nunes, 2019).

Na situação específica do Francisco, a EEESIP, enquanto enfermeira de referência para esta família, já havia construído uma relação terapêutica com a mãe, que foi evidente ser benéfica, pois foi notória a confiança que a mãe sentia na enfermeira. A EE adotou uma postura de total disponibilidade e empatia para com eles, onde se refletiu a existência de uma clara parceria enfermeira-mãe, tendo-lhe sido realizados “ensinos” sobre os cuidados necessários ao bem-estar do Francisco e sobre cuidados antecipatórios, adequando às necessidades e dificuldades da família, traçando um conjunto de metas exequíveis, com base nas reais capacidades e recursos da criança, da família bem como da comunidade onde estão inseridos.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Andrada, M.G., Virella, D., Calado, E., Gouveia, R., Alvarelhão, J. & Folha, T. (2007). *Sistema de Classificação da Função Motora Global (SCFMG) - Versão Portuguesa*. In Palisano, R., Rosenbaum, P., Bartlett, D. & Livingston, M. (2007). GMFCS - E & R. CanChild Centre for Childhood Disability Research. McMaster University. https://www.paralisiacerebral.net/paralisia/files/documents/GMFCS_Portugues.pdf
- Carvalho, M., Lourença, M., Charepe, Z. & Nunes, E. (2019). Intervenções promotoras de esperança em pais de crianças com necessidades especiais de saúde: uma revisão scoping. *Enfermeria Global*, 53, 661-675. <http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.18.1.342621>
- Conselho Internacional de Enfermeiros (2019). Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®). <https://www.icn.ch/what-we-do/projects/ehealth-icnptm/icnp-browser>
- Dantas, M.S.A., Collet, N., Moura, F.M. & I.M.B. Torquato (2010). Impacto do diagnóstico de paralisia cerebral para a família. *Texto Contexto Enferm*, 19(2), 229-37. <https://www.scielo.br/pdf/tce/v19n2/03.pdf>
- Ferreira, J.C. (2004). Atraso global do desenvolvimento psicomotor. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 20(6), 703-12. <https://www.rpmgf.pt/ojs/index.php/rpmgf/article/view/10096/9833>
- Gonçalves, O.B. (2019). *Paralisia cerebral*. Sociedade Portuguesa de Neuropediatria. <http://neuropediatria.pt/index.php/pt/>
- Jones, A. (2007). Relevant hope to promote therapeutic change. *Mental Health Nursing*, 27(3), 14-15. https://www.researchgate.net/publication/323946454_Relevant_hope_to_promote_therapeutic_change

- Oliveira, G., Vicente, I.N., Guardiano, M., Aguiar, L., Loureiro, S., Gouveia, R. & Silva, F.G. (2021). Pediatria do Neurodesenvolvimento em Portugal: Movimento Hospitalar Assistencial, Recursos e Necessidades – Evolução em Dez Anos. *Ata Médica Portuguesa*, 34 (3), 185-193. <https://actamedicaportuguesa.com/revista/index.php/amp/article/view/13316>
- Peixoto, N.M.S.M. & Peixoto, T.A.S.M. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(11), 121-132. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>
- Programa de Vigilância Nacional da Paralisia Cerebral aos 5 anos de idade (2018). *Paralisia Cerebral em Portugal no século XXI: Indicadores regionais crianças nascidas entre 2001 e 2010, registos de 2006 a 2015*. Federação das Associações Portuguesas de Paralisia Cerebral. http://www.insa.min-saude.pt/wp-content/uploads/2019/02/PVNPC5A_-2018.pdf
- Querido, A. (2018). A esperança como foco de enfermagem de saúde mental. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 6, 6-8. <https://scielo.pt/pdf/rpesm/nspe6/nspe6a01.pdf>
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, II Série (nº 133 de 12-07-2018), 19192-19194. Disponível em: <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115685379/details/normal?l=1>.
- Rodrigues, C.C., Ferreira, T.C.D., Lotitto, F.L.Z. & Caldas, M.A.M. (2008). Humanização da assistência de enfermagem para portadores de paralisia cerebral. *Saúde Coletiva*, 5(23), 141-146. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=84202304>
- Surveillance of Cerebral Palsy in Europe (2018). Surveillance of Cerebral Palsy in Europe (SCPE) Scientific report 1998 – 2018. <https://eu-rd-platform.jrc.ec.europa.eu/sites/default/files/SCPE%20Scientific%20report%201998-2018.pdf>

**Apêndice VIII – A privacidade do adolescente em
contexto clínico: uma reflexão a partir da prática**

A PRIVACIDADE DO ADOLESCENTE EM CONTEXTO CLÍNICO: UMA REFLEXÃO A PARTIR DA PRÁTICA

No âmbito do percurso formativo, concretamente no estágio que decorreu no serviço de urgência pediátrica surgiu a necessidade de elaborar esta síntese reflexiva sobre a privacidade do adolescente.

O estágio que decorreu no serviço de urgência pediátrica, deu-me a oportunidade de contactar com a criança, adolescente e família em situações de doença, com necessidades de cuidados de saúde inadiáveis, urgentes e emergentes, com diversos graus de gravidade, de observar e participar na prestação de cuidados de enfermagem especializados em resposta às suas necessidades e permitiu-me também uma constante reflexão integrando a teoria e a prática, na tentativa de ir ao encontro dos objetivos definidos.

A prática reflexiva em enfermagem tem contribuído significativamente para o desenvolvimento do exercício da profissão, sendo uma capacidade indispensável dos estudantes de enfermagem em contexto clínico, pois permite que se tornem autoconscientes e prestem os melhores cuidados, com atitudes reflexivas pré, pós e na ação (Peixoto & Peixoto, 2016).

No decorrer do estágio senti a necessidade de rever e atualizar conhecimentos na área da privacidade do adolescente, de modo a poder responder às exigências que me iam sendo colocadas.

Com este documento pretendo assim dar a conhecer a minha pesquisa e reflexão sobre a privacidade do adolescente em contexto de cuidados de saúde, com vista à aquisição e desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista e de competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, particularmente neste estágio em contexto de urgência pediátrica.

SÍNTESE REFLEXIVA

Esta reflexão sobre a privacidade do adolescente e família, em contexto clínico de urgência pediátrica, teve por base a situação de dois adolescentes em especial, o António e a Ana (nomes fictícios).

O António com 13 anos foi trazido pela mãe ao serviço de urgência pediátrica por mutismo seletivo. Filho de pais separados em processo de divórcio há 6 meses, a viver alternadamente uma semana com a mãe e uma semana com o pai. O António está inserido numa família recentemente desestruturada e com um bom suporte económico. Relativamente à escola, a mãe referiu que tem sido sempre um aluno com um aproveitamento superior à média, mas desde o fim do casamento dos pais que tem tipo comportamentos desadequados na escola e em casa com expressão frequente de tristeza e agressividade e, concomitantemente, também reduziu significativamente os contactos com o grupo de amigos com quem estava habitualmente, preferindo isolar-se. A mãe referiu ser uma conhecida psicóloga clínica e que precisava de ajuda porque não conseguia lidar com o comportamento do filho.

A Ana com 15 anos foi trazida pela mãe ao serviço de urgência pediátrica por automutilação. Vive com os pais e com a irmã de 1 ano. A Ana está inserida numa família estruturada com uma situação económica desfavorável. Relativamente à escola, referiu que tem um aproveitamento razoável e que se sente sozinha no mundo.

Os adolescentes têm necessidades de saúde específicas relacionadas com o seu rápido desenvolvimento físico, sexual, psicológico, emocional e social. Assim, os cuidados de saúde a prestar pelo enfermeiro especialista em saúde infantil e pediatria deverão ser cuidados personalizados e humanizados em resposta às suas necessidades específicas de saúde.

Muitas vezes, a satisfação das necessidades em saúde dos adolescentes tende a ser adiada, pois, conforme descrito pela OMS, estes tendem a adiar a procura dos cuidados de saúde com receio que a sua privacidade não seja respeitada, uma vez que maioritariamente as causas associadas à procura dos serviços de saúde estão relacionadas com questões sensíveis, como os comportamentos de risco e a sexualidade (OMS, 2012).

Assim, os cuidados de saúde aos adolescentes são um verdadeiro desafio, tanto pelas características epidemiológicas de morbidade e de mortalidade desta faixa etária, como pelas questões éticas, legais e sociais relativas ao direito da privacidade (Loch, Clotet & Goldim, 2007).

Todas as pessoas têm o direito a serem respeitadas na sua privacidade em qualquer situação, mas mais ainda quando estão fragilizadas num processo de doença. Assim, todos os intervenientes no processo de saúde deverão respeitar a privacidade do adolescente (Silva-Júnior, Araújo & Nascimento, 2017).

A privacidade é um direito que está consagrado no 12º artigo da Declaração Universal dos Direitos Humanos: “Ninguém sofrerá intromissões arbitrárias na sua vida privada, na sua família, no seu domicílio ou na sua correspondência, nem ataques à sua honra e reputação. Contra tais intromissões ou ataques toda a pessoa tem direito a proteção da lei” (ONU, 1948), tal como também está reconhecido o direito à privacidade na Carta dos Direitos Fundamentais da União Europeia, na Convenção Europeia dos Direitos Humanos, na Carta Europeia dos Direitos do Doente, na Lei de Bases da saúde, na Carta dos Direitos e Deveres dos Doentes, na Convenção dos Direitos da Criança e na Carta da Criança Hospitalizada.

Ao Enfermeiro compete “respeitar a intimidade da pessoa e protegê-la de ingerência na sua vida privada e na da sua família”, bem como “salvaguardar sempre, no exercício das suas funções e na supervisão das tarefas que delega, a privacidade e a intimidade da pessoa” conforme o descrito no artigo 107º do código deontológico inserido nos estatutos da OE (Lei 156/2015).

Relativamente às situações experienciadas em estágio, ao António e à Ana, foi crucial, para estes adolescentes e para os pais, ter-lhes sido proporcionado um ambiente reservado, com total respeito pela privacidade. Logo no momento da triagem, foi respeitada a privacidade fechando-se a porta da sala e utilizando um tom de voz calmo e baixo (pois as paredes são finas e o som facilmente se transpõe de sala para sala).

Habitualmente a porta da sala de triagem está aberta para que o enfermeiro possa estar atento para uma emergência que surja de imediato. No entanto, a porta é fechada sempre que surge uma situação que o exige, seguindo-se as recomendações técnicas para serviços de urgências, publicadas pela Administração Central do Sistema de Saúde (ACSS), nas quais está

definido que o direito à privacidade deverá ser sempre privilegiado, respeitando particularmente nas situações em que os indivíduos se encontram fragilizados, em que os cuidados deverão respeitar a privacidade visual e acústica (ACSS, 2015).

Nas situações expostas, do António e da Ana, considerei fundamental a nossa opção “em fechar a porta” proporcionando um espaço com maior privacidade, o que sem dúvida favoreceu o desenvolvimento de uma boa comunicação e respeito mútuo, indo ao encontro da evidência científica que realça a importância do respeito pela privacidade dos adolescentes nas unidades de saúde, que pode diminuir o medo e a ansiedade do desconhecido sentidos pelos adolescentes, pois aumenta a percepção de controlo pelo espaço onde estão inseridos (Hutton, 2002; OMS, 2012).

Posteriormente, ao processo de triagem, os adolescentes foram observados nos consultórios médicos e encaminhados para uma permanência em Sala de Observação, dada a gravidade de ambas as situações, sempre na presença das respetivas mães.

As observações em gabinete médico, decorreram sempre de porta fechada.

Enquanto permaneceram em SO, a privacidade foi difícil de cumprir, uma vez que é um espaço amplo com 3 unidades de internamento temporário, em que as divisões entre as unidades são feitas por cortinados, o que não permite que a privacidade acústica e a privacidade visual sejam satisfeitas ao nível desejável. Dadas estas limitações físicas do espaço, o que foi possível fazer para respeitar o direito à privacidade do António e da Ana, foi ter sempre o cuidado de falar num tom baixo quando a sala não tinha mais crianças ou adolescentes internados. Nas situações em que o espaço estava a ser partilhado, sempre que existia a necessidade de comunicar alguma informação relacionada com a situação de saúde, eram encaminhados até um gabinete.

A privacidade é uma necessidade e um direito do ser humano, sendo indispensável para a manutenção da sua individualidade (Silva, 2007). Contudo, nos serviços de urgência nem sempre se torna possível respeitar esse direito dados os múltiplos condicionalismos, gerando muitas vezes um conflito e um desafio para os enfermeiros. Por vezes, é incontornável a invasão do espaço pessoal do adolescente, contudo diariamente vão-se encontrando as melhores

soluções, caso a caso, de forma rápida e com a maior eficácia possível dentro desta complexa temática.

Com a pandemia Covid-19, os serviços foram reestruturados, foram divididos em áreas covid e áreas não covid, o que tornou os espaços mais pequenos e com menos recursos para manter o respeito pela privacidade do adolescente.

É verdade que já existem normas, orientações e recomendações claras e objetivas para respeitar este direito fundamental, mas dadas as peculiaridades dos serviços de urgência e dados os condicionalismos físicos impostos pela pandemia, para se conseguir respeitar o direito à privacidade, a prioridade deverá também passar pela constante sensibilização dos profissionais de saúde para as ameaças e riscos inerentes a este direito fundamental (Silva-Júnior, Araújo & Nascimento, 2017).

Sobretudo com os adolescentes, que vivenciam uma fase de desenvolvimento na constante procura de uma identidade, a privacidade é de extrema importância na medida em que estão particularmente preocupados com os julgamentos dos outros (Rodgers, 2017).

Ser um profissional competente implica mais do que um saber teórico e uma perícia prática, implica igualmente uma postura ética que saliente a consciência e responsabilidade do seu papel. Responsabilidade esta, que cruza necessariamente a atenção e o respeito pela privacidade nas suas diferentes vertentes (Silva, 2007).

No decorrer do estágio, como enfermeira em desenvolvimento de competências de especialista, foi possível observar nos enfermeiros especialistas do serviço, um especial cuidado e respeito pela privacidade das crianças, adolescentes e famílias, onde reconheci claramente o desempenho das suas competências, conforme o descrito no Regulamento n.º140/2019, no domínio da responsabilidade profissional, ética e legal, uma prática que respeita os direitos humanos, gerindo as situações potencialmente comprometedoras, fomentando a segurança, a privacidade e a dignidade das crianças, dos adolescentes e das famílias (2019).

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Administração Central do Sistema de Saúde (2015). *Recomendações Técnicas para Serviços de Urgências*. ACSS. https://www.acss.min-saude.pt/wp-content/uploads/2016/10/Recomendacoes_Tecnicas_Urgencias_11_2015.pdf
- Hutton, A. (2002). The Private Adolescent: Privacy Needs of Adolescents in Hospitals. *Journal of Pediatric Nursing*, 17(1), 67-72. <https://doi.org/10.1053/jpdn.2002.16718>
- Lei n.º 156/2015 (2015). *Estatuto da Ordem dos Enfermeiros*. Assembleia da República. Diário da República, I Série (N.º 181 de 16-09-2015), 8059-8105. <https://data.dre.pt/eli/lei/156/2015/09/16/p/dre/pt/html>
- Loch, J.A., Clotet, J.,; Goldim, J.R. (2007). Privacidade e confidencialidade na assistência à saúde do adolescente: percepções e comportamentos de um grupo de 711 universitários. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 53 (3), 240-246. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302007000300022>
- Organização das Nações Unidas (1948). *Declaração Universal dos Direitos Humanos*. ONU.
- Organização Mundial de Saúde (2012). *Making health services adolescent friendly: developing national quality standards for adolescent friendly health services*. Department of Maternal, Child and Adolescent Health. OMS. http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75217/9789241503594_eng.pdf;jsessionid=C886C312F54E39212D2EA9CF7D893234?sequence=1
- Peixoto, N.M.S.M. & Peixoto, T.A.S.M. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(11), 121-132. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: II

Série, nº 26 de 06-02-2019, 4744-4750.
<https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>

Rodgers, C.C. (2017). Health Promotion of the Adolescent and Family. In Hockenberry, M.; Wilson, D. & Rodgers, CC (10th ed.), *Wong's Essentials of Pediatric Nursing* (pp.865-898). Elsevier.

Silva, A.M.F. 2007. *O direito à privacidade do doente no serviço de urgência*. [Master's thesis, Faculdade de Medicina]. Repositório da Universidade do Porto. <http://hdl.handle.net/10216/22110>

Silva-Júnior, D.N., Araújo, J.L. & Nascimento, E.G.C. (2017). As ações dos profissionais diante da privacidade e da confidencialidade de usuários de um hospital geral. *Persona Y Bioética*, 21(2), 219-232.
<https://eds.s.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=0&sid=0db964c4-4a58-4239-bd3c-50085203c164%40redis>

**Apêndice IX – Comunicação terapêutica com o
adolescente: uma reflexão a partir da prática**

COMUNICAÇÃO TERAPÊUTICA COM O ADOLESCENTE: UMA REFLEXÃO A PARTIR DA PRÁTICA

No âmbito do percurso formativo, concretamente no estágio que decorreu no serviço de internamento pediátrico surgiu a necessidade de elaborar esta síntese reflexiva sobre a comunicação terapêutica com o adolescente.

O estágio que decorreu no serviço de internamento pediátrico, deu-me a oportunidade de contactar com a criança, adolescente e família em situações de doença aguda e crónica com necessidade de cuidados de saúde inadiáveis, com diversos graus de gravidade, de observar e participar na prestação de cuidados de enfermagem especializados em resposta às suas necessidades e permitiu-me também uma constante reflexão integrando a teoria e a prática, na tentativa de ir ao encontro dos objetivos definidos.

A prática reflexiva em enfermagem tem contribuído significativamente para o desenvolvimento do exercício da profissão, sendo uma capacidade indispensável dos estudantes de enfermagem em contexto clínico, pois permite que se tornem autoconscientes e prestem os melhores cuidados, com atitudes reflexivas pré, pós e na ação (Peixoto & Peixoto, 2016).

No decorrer do estágio senti a necessidade de rever e atualizar conhecimentos na área da comunicação com o adolescente e com a sua família, de modo a poder responder aos objetivos específicos definidos, bem como às exigências que me iam sendo colocadas.

Com este documento pretendo dar a conhecer a minha pesquisa e reflexão sobre a comunicação terapêutica com o adolescente, de forma clara e objetiva, com vista à aquisição e desenvolvimento de competências comuns de enfermeiro especialista e de competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, particularmente neste estágio em contexto de internamento pediátrico.

SÍNTESE REFLEXIVA

Durante este estágio tive a oportunidade de observar e de prestar cuidados especializados holísticos e humanizados a crianças e jovens internados com idades compreendidas entre os 0 e os 17 anos e 364 dias, mas na tentativa de ir ao encontro aos objetivos definidos, a minha prática foi tendencialmente direcionada à prestação de cuidados a adolescentes e famílias.

Nesta síntese sobre a comunicação com o adolescente e família, irei fazer referência a dois adolescentes em especial, o Manuel e a Maria (nomes fictícios), pelo motivo de lhes terem sido diagnosticadas doenças crónicas com elevado impacto no seu dia a dia.

O Manuel com 12 anos esteve internado 8 dias devido a uma diabetes inaugural. Filho de pais separados em processo de divórcio há 8 meses, a viver com o pai, com um irmão de 10 anos e com os avós paternos. Tem pouco contacto com a mãe que vive com as irmãs de 3 anos, 6 anos e 14 anos. O Manuel está inserido numa família recentemente desestruturada e com dificuldades económicas. Relativamente à escola, referiu que tem bom aproveitamento e está integrado num grupo de amigos com quem habitualmente partilha os seus problemas, preocupações e necessidades.

A Maria com 16 anos esteve internada 6 dias devido a uma doença inflamatória do intestino. Vive com os pais e com a irmã de 22 anos, com contactos muito frequentes com os irmãos de 31 anos e 25 anos. A Maria está inserida numa família estruturada com uma situação económica estável. Relativamente à escola, referiu que tem bom aproveitamento e está integrada num grupo de amigos com quem costuma partilhar os seus problemas e preocupações.

Com o grande objetivo de os adolescentes serem autónomos na gestão da sua doença, a base da nossa intervenção nestas duas situações foi conseguir estabelecer uma relação terapêutica com os adolescentes e respetivas famílias em que a comunicação terapêutica foi o instrumento fulcral na construção das estratégias de intervenção.

O que é a “Comunicação Terapêutica”?

Etimologicamente, comunicar deriva do latim “*communicare*” e significa “pôr em comum”, “estar em relação com” (Dicionário Priberam da Língua Portuguesa, 2021). Mas comunicar é mais do que dar informações, é estabelecer uma relação com o outro, existindo um fluxo de troca e de partilha de informações (Alarcão & Tavares, 2013).

A comunicação é um processo de partilha, de criação e de recriação de informações, através do qual apreendemos e compreendemos as intenções, as opiniões, os sentimentos e as emoções sentidas pela outra pessoa (Phaneuf, 2005).

A comunicação pode-se assumir em diferentes formas: verbal, não verbal e abstrata. A comunicação verbal envolve a linguagem e as suas expressões e vocalizações, abrangendo a comunicação escrita e a comunicação oral. A comunicação não verbal envolve a linguagem corporal e ocorre por meio de gestos, movimentos, expressões faciais ou corporais, posturas e reações. E, a comunicação abstrata envolve jogos e brincadeiras, expressões artísticas, símbolos, fotografias e escolha de roupas (Hockenberry, 2014).

Segundo Phaneuf (2005) no processo comunicativo, as trocas de informação compreendem principalmente duas componentes: uma parte informativa, ligada ao domínio cognitivo, o “quê” da mensagem; e, uma parte mais afetiva ligada à forma de transmissão, o “como” da mensagem. O plano cognitivo é intelectual e informativo e relaciona-se com os acontecimentos e transmite-se por meio de palavras. O plano afetivo reflete as emoções e os sentimentos da pessoa e é traduzido no comportamento não verbal que subentende as palavras.

No processo comunicativo, sendo naturalmente importantes as trocas verbais, estas representam uma pequena parcela na determinação de uma boa comunicação, pois segundo Stuart & Laraia (2006), citados por Campos (2017) estima-se que cerca de 7% do significado é transmitido por palavras, 38% por sinais para-linguísticos e 55% por gestos corporais.

A comunicação é um complexo processo dinâmico constantemente influenciado por diversos fatores, que para ser bem-sucedida e gratificante deverá ser “apropriada à situação, adequadamente regulada no tempo e nitidamente difundida”, o que implica a utilização de técnicas de comunicação efetivas, na qual deverá existir concordância entre a comunicação verbal e a não

verbal, não devendo ser contraditórias (Hockenberry, 2014). Em situações de contradição, a mensagem não-verbal tende a assumir um valor preponderante (Schelles, 2008).

No contexto da saúde, é essencial a clareza, a transparência e a ausência de ambiguidade para uma comunicação eficaz (Alarcão & Tavares, 2013), em que todas as formas de comunicação devem ser benéficas, efetivas e terapêuticas (Araújo, Silva & Puggina, 2007).

A dimensão não-verbal da comunicação envolve todas as manifestações do comportamento não expressas pelas palavras, cujo significado está vinculado ao contexto em que ocorre, e pode ser utilizada para complementar, substituir ou contradizer a comunicação verbal, para além de expressar sentimentos. Isto significa que, a comunicação não-verbal qualifica a interação humana, imprimindo emoções, sentimentos, adjetivos e um contexto que permite ao indivíduo perceber e compreender não apenas o significado das palavras, mas também o que o emissor da mensagem sente. Assim a qualificação da linguagem verbal é dada pelo tom de voz, por olhares e expressões faciais, por gestos que acompanham o discurso, pela postura corporal, pela distância física que as pessoas mantêm umas das outras e até mesmo pelas roupas, acessórios e características físicas. E mesmo o silêncio, num determinado contexto, é significativo e pode transmitir inúmeras informações (Araújo, Silva & Puggina, 2007).

A comunicação é essencial para todos os momentos da nossa existência e especialmente para o estabelecimento de um relacionamento interpessoal adequado entre o enfermeiro e a pessoa de quem cuida. A comunicação no âmbito da saúde precisa de ser terapêutica, pois objetiva o cuidado, e através deste potencia a tranquilidade, a autoconfiança, o respeito, a individualidade, a ética, a compreensão e a empatia pela pessoa cuidada (Bertone, Ribeiro & Guimarães, 2007).

Neste contexto surge a comunicação terapêutica, que é mais do que comunicar com a pessoa no exercício da profissão, de enfermagem, é um método de comunicação através do qual o enfermeiro responde às necessidades explícitas e implícitas da pessoa, sendo um processo consciente e deliberado usado para reunir informações relacionadas com o estado de saúde da pessoa como um todo e responder com uma abordagem verbal e não verbal que promova o seu bem-estar, melhore a forma como este entende os cuidados

prestados e permita estabelecer uma relação terapêutica (Coelho & Sequeira, 2014).

A comunicação terapêutica deverá ser entendida como uma competência do enfermeiro para um processo consciente que, de forma intencional, utiliza os seus conhecimentos comunicacionais, conseguindo identificar e responder às necessidades de cada pessoa. (Araújo, Silva & Puggina, 2007; Coelho & Sequeira, 2014).

Na Enfermagem, a comunicação é mais do que um instrumento valioso para o cuidar individualizado e humanizado, que nos permite a compreensão da experiência vivida pelo ser humano, vulnerabilizado pelo processo de doença (Morais, Costa, Fontes & Carneiro, 2009), é uma competência essencial para o enfermeiro, independente de sua área de atuação, pois permite atender as necessidades do utente em todas as suas dimensões (Ramos & Bortagarai, 2012).

A comunicação deve ser percebida como um processo que visa a criação de espaços que viabilizem a satisfação do utente nas suas necessidades, através da partilha das suas vivências, angústias, medos, ansiedades e inseguranças. Desta forma, o cuidado, no sentido de uma prática humanizada deve estar centrado na necessidade de comunicar como estratégia terapêutica no sentido de aproximar o cuidador do utente (Campos, 2017).

Assim, na promoção de uma abordagem diferenciada e integrativa envolvendo todas as necessidades biológicas, psicológicas, sociais, espirituais e emocionais do utente, a comunicação terapêutica, enquanto competência interpessoal do enfermeiro, é fundamental para possibilitar a excelência do cuidar em saúde (Ramos & Bortagarai, 2012).

Deste modo, a comunicação na relação enfermeiro-utente revela-se como um instrumento fulcral na construção de estratégias que procurem um cuidado humanizado como, por exemplo, na utilização de uma linguagem acessível, na valorização da escuta ativa, num sorriso que expresse confiança, num olhar que demonstre tranquilidade, num toque carinhoso que proporcione apoio e conforto, ou numa palavra positiva que eleve a autoestima do utente (Morais, Costa, Fontes & Carneiro, 2009).

É necessário valorizar a comunicação não-verbal, para que se saiba interpretar o que não foi dito e para que se saiba dar um significado à mensagem. Não fiquemos limitados apenas à existência de um emissor e de um recetor. É

um processo interativo que envolve sentimentos e do qual se espera que existam mudanças nas pessoas envolvidas. Torna-se claro que uma efetiva comunicação terapêutica funciona como uma ferramenta útil, na otimização dos cuidados (Campos, 2017).

Assente numa prática baseada na evidência, e no Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, a nossa intervenção enquanto enfermeiros especialistas, em cada uma das situações experienciadas, com o Manuel e com a Maria, de forma individualizada e personalizada, na primeira abordagem apresentarmo-nos aos adolescentes e família, de forma calma e tranquila, na tentativa de criar um sentimento recíproco de empatia. No segundo contacto, abordamos os motivos de internamento, esclarecendo adolescentes e famílias sobre o significado dos diagnósticos médicos, os tratamentos e as necessárias adaptações comportamentais futuras no dia a dia. Nos contactos seguintes, tentando sempre demonstrar disponibilidade e interesse, encaminhávamos a conversa para a expressão voluntária dos adolescentes e das famílias das suas dúvidas, sentimentos e necessidades.

No caso do Manuel, ele e o pai, adotaram uma postura de resistência, de difícil aceitação do diagnóstico. Foi necessário dar-lhes tempo para que conseguissem compreender que não haveria escolha entre querer ou não querer ser diabético. Era indispensável compreenderem a importância da adoção de novos hábitos e de aprenderem: os cálculos de glicémias, de hidratos de carbono e de unidades de insulina; a técnica de punção capilar; o manuseio do glucómetro; e, a técnica de administração de insulina. Existiram momentos tensos, propensos a conflitos com os profissionais de saúde por parte do Manuel e por parte do pai, que foi necessário gerir com rapidez e assertividade. Existiram momentos a sós com o Manuel e momentos a sós com o pai, para partilha e análise de sentimentos e ansiedades que posteriormente se verificou que foram momentos essenciais e assertivos. Foram momentos difíceis, mas através de uma forte aposta na comunicação terapêutica, promovendo a autonomia do Manuel, demonstrando total disponibilidade, compreensão e empatia, adequando as palavras, os gestos, as expressões e o tom de voz, promovendo a sua autoestima e a sua consciência do seu melhor bem-estar pessoal foi determinante no processo de aceitação da sua nova situação de saúde.

No caso da Maria, ela e a mãe, adotaram uma postura positiva relativamente à nova situação de saúde demonstrando interesse em conhecer a

doença e em descobrir os novos hábitos alimentares necessários ao bem-estar da Maria. Apesar da Maria apenas ter a companhia da mãe durante o internamento (restrição de visitas imposta pela pandemia Covid-19), existiu um envolvimento constante do pai e dos irmãos, pois comunicavam frequentemente através do telefone e das redes sociais e inclusive fizeram chegar à Maria uns complementos alimentares, essenciais ao seu tratamento, com novos e diferentes sabores dos que o hospital conseguia disponibilizar.

O que é a “Comunicação Terapêutica com o Adolescente”?

Na Carta da Criança Hospitalizada está definido, desde 1988, que as crianças e os pais têm direito à informação sobre a situação de saúde e doença, adequada à idade e à compreensão, a fim de poderem participar em todas as decisões relativas aos cuidados de saúde que lhes dizem respeito (IAC, 2008). É essencial a auscultação das crianças e dos adolescentes não só sobre o seu estado de saúde e tratamentos, como também sobre outras questões que lhes digam respeito direta ou indiretamente, como: o acolhimento, a forma ou o tipo de atendimento, a presença dos pais, a privacidade, a adaptação da informação, espaços de lazer, entre outros (IAC, 2021).

Especificamente, com o adolescente em processo de crescimento e desenvolvimento que se encontra inserido num contexto social, político, económico e cultural, apresentando as suas vulnerabilidades e potencialidades, as práticas de saúde devem considerar as singularidades e necessidades de cada adolescente e, para isso, a construção de um diálogo é fundamental para uma abordagem promotora da sua saúde (Senna & Dessen, 2015).

A comunicação com o adolescente deverá assumir características especiais adequadas às particularidades deste estágio de desenvolvimento, que deverá ser consistente com a maturidade e a autonomia já adquiridas, em que a saúde do adolescente envolve o reconhecimento da influência de uma multiplicidade de fatores no processo de desenvolvimento e crescimento, relacionados com o exercício dos direitos, com as vivências familiares e as amizades, o contexto escolar, as aspirações e os projetos futuros (Foote, 2017).

Na adolescência, os pensamentos e as formas de estar flutuam entre o comportamento infantil e o comportamento de um adulto. Em situações de maior stress, os adolescentes podem recorrer à segurança do que lhes é mais familiar e optar por uma atitude mais infantil. E, em situações em que se sentem mais

confiantes e seguros, os adolescentes podem assumir uma atitude mais adulta. Cabe aos enfermeiros um cuidado especializado em que perante estas mudanças de comportamento, se deve ir ajustando a intervenção no decurso da interação para atender às necessidades nesses momentos particulares. Será um erro considerar um adolescente um adulto com sabedoria e domínio para situações de stress, como é um erro considerar que um adolescente tem as preocupações e as expectativas de uma criança (Hockenberry, 2014).

Uma abordagem com o adolescente deverá respeitar os princípios éticos da autonomia, privacidade, confidencialidade e sigilo, em que é fundamental ouvir o adolescente, promover a sua autoestima e consciência sobre as suas escolhas pessoais e coletivas, como também é fundamental obter o seu consentimento de forma livre e esclarecida (OE, 2010).

É essencial que o EEESIP consiga gerir duas formas essenciais de abordagem: uma abordagem com o adolescente sozinho, existindo a vantagem de se favorecer o relacionamento interpessoal enfermeiro-adolescente; e uma abordagem conjunta com o adolescente e com os pais existindo a vantagem de se obter uma visão sobre o relacionamento familiar.

Contudo, o EE deve ser consciente de que perante um problema é frequente existirem duas visões da situação: a do adolescente e a dos pais. É importante o enfermeiro demonstrar capacidades de comunicação terapêutica, criando oportunidades de partilha e discussão de pensamentos e sentimentos do adolescente e da família que poderão ajudar os adolescentes e as famílias a comunicarem entre si de forma mais eficaz (Foote, 2017).

A entrevista é uma ferramenta essencial no atendimento de enfermagem ao adolescente, que permite que se estabeleça uma relação de confiança de modo que o adolescente seja capaz de revelar os seus sentimentos, problemas e perspetivas, acreditando nos benefícios desta relação, com a convicção de não ser prejudicado, pois a entrevista permitir-nos-á recolher informação e estabelecer canais de comunicação importantes para o futuro (OE, 2010).

A entrevista com o adolescente (anexo II), deverá ser estruturada em três fases: o acolhimento, que pode ser definido pelas saudações e apresentações e onde é fundamental conhecerem-se as expectativas do adolescente e da família; a fase exploratória, que é a etapa da colheita de dados; e a fase resolutiva que corresponde à etapa de educação para a saúde (OE, 2010).

A entrevista como ferramenta terapêutica exige alguns pré-requisitos por parte do enfermeiro como: possuir conhecimentos sobre o desenvolvimento dos adolescentes e sobre estratégias de comunicação; ser cordial e compreensivo; demonstrar disponibilidade; assegurar a confidencialidade e a privacidade; conhecer as expectativas do adolescente e da família; dirigir as questões e as explicações diretamente ao adolescente mesmo na presença dos pais; utilizar uma linguagem simples e realista e evitar termos técnicos e termos juvenis, adequando as palavras, os gestos, as expressões e o tom de voz; apostar no diálogo com recurso a técnicas de apoio narrativo; escutar o adolescente de forma a que este se sinta escutado; não induzir respostas, não pressionar e não criticar; evitar juízos de valor; evitar silêncios prolongados; reforçar competências; reforçar comportamentos positivos e a autoestima; evitar interrupções; estar atento às mensagens não verbais; e, atuar como mediador (OE, 2010).

Comunicar em enfermagem é uma competência que deve ser aprendida, treinada e trabalhada para se alcançar uma comunicação satisfatória e se prestar um cuidado humanizado. O enfermeiro terá de se envolver e acreditar que a sua presença é tão ou mais importante que a realização de procedimentos técnicos, já que nem sempre os conhecimentos técnicos objetivos funcionam tão bem, perante situações de stress, como os conhecimentos subjetivos incorporados na comunicação terapêutica. Assim sendo, é necessário reconhecer que saber comunicar com o adolescente é uma ação terapêutica e determinante no processo de saúde-doença (Pontes, Leitão & Ramos, 2008).

No decorrer do estágio, nos casos do Manuel e da Maria, a abordagem escolhida teve por base a *Comunicação Terapêutica com o Adolescente*, na tentativa de gerar um impacto positivo no atendimento ao adolescente internado e à sua família. Assim, através dos meus conhecimentos e da minha experiência anterior, através da observação da prática dos cuidados do enfermeiro especialista e através da constante pesquisa de conhecimento, foi possível uma intervenção baseada na evidência que se mostrou eficaz, assente em princípios de boas práticas no atendimento ao adolescente.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alarcão, I., Rua, M. (2005). Interdisciplinaridade, estágios clínicos e desenvolvimento de competências. *Texto & Contexto Enfermagem*, 14(3), 373-382. <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-07072005000300008>
- Araújo, M.M.T, Silva, M.J.P. & Puggina, A.C.G. (2007). A comunicação não-verbal enquanto fator iatrogénico. *Revista da Escola de Enfermagem da Universidade de São Paulo*, 41(3), 419-425. <https://www.scielo.br/j/reeusp/a/gN58Rh93dWb9tTMDFYX5CNN/?format=pdf&lang=pt>
- Bertone, T.B., Ribeiro, A.P.S. & Guimarães, J. (2007). Considerações sobre o Relacionamento Interpessoal Enfermeiro-Paciente. *Revista Fafibe*, 3, 1-5. <https://www.unifafibe.com.br/revistasonline/arquivos/revistafafibeonline/sumario/11/19042010141352.pdf>
- Campos, C. (2017). A comunicação terapêutica enquanto ferramenta profissional nos cuidados de enfermagem. *Psilogos*, 15(1), 91-101. <https://revistas.rcaap.pt/psilogos/article/view/9725/11044>
- Coelho, M.T.V. & Sequeira, C. (2014). Comunicação terapêutica em enfermagem: Como a caracterizam os enfermeiros. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 11, 31-39. <https://scielo.pt/pdf/rpesm/n11/n11a05.pdf>
- Dicionário Priberam da Língua Portuguesa. (2021, novembro 28). *Comunicar*. <https://dicionario.priberam.org/comunicar>.
- Foot, J.M. (2017). *Communication and Physical Assessment of the Child and Family*. In Hockenberry, M.; Wilson, D. & Rodgers, CC. Wong's Essentials of Pediatric Nursing (10th ed). (pp.153-265). Elsevier.
- Hockenberry, J.M. (2014). *Comunicação e avaliação inicial da criança*. In Hockenberry, J.M. & D. Wilson. Wong: Enfermagem da Criança e do Adolescente (9ªed). (2014).122-187. Loures: Lusociência

- Instituto de Apoio à Criança. (2008). *Carta da Criança hospitalizada* (4th ed.). IAC.https://criancasatortoeadireitos.files.wordpress.com/2020/05/carta_crianca_hospitalizada.pdf
- Instituto de Apoio à Criança (IAC). 2021. *Carta da Criança nos cuidados de saúde primários* (1ªed). IAC
- Morais, G.S.N., Costa, S.F.G., Fontes, W.D. & Carneiro, A.D. (2009). Comunicação como instrumento básico no cuidar humanizado em enfermagem ao paciente hospitalizado. *Acta Paulista de Enfermagem*, 22(3), 323-327. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-21002009000300014>
- Ordem dos Enfermeiros. (2010). Guia orientador de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica: Entrevista ao adolescente. *Cadernos da Ordem dos Enfermeiros*, Série I, 3(1). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8911/guiasorientadores_boapratica_saudeinfantil_pediatica_volume1.pdf.
- Peixoto, N.M.S.M. & Peixoto, T.A.S.M. (2016). Prática reflexiva em estudantes de enfermagem em ensino clínico. *Revista de Enfermagem Referência*, IV(11), 121-132. <http://dx.doi.org/10.12707/RIV16030>
- Phaneuf, M. (2005). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Lusociência.https://www.academia.edu/42116056/Comunica%C3%A7%C3%A3o_entrevista_relacao_de_ajuda_Margot_Phaneuf?pop_sutd=false
- Pontes, A.C., Leitão, I.M.T.A. & Ramos, I.C. (2008). Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *REBEn - Revista Brasileira de Enfermagem*, 61 (3), 312-318. <https://www.scielo.br/j/reben/a/pfJgqD8hM7CNH6XLtjMk8Yh/?format=pdf&lang=pt>
- Ramos, A.P. & Bortagarai, F.M. (2012). A comunicação não-verbal na saúde. *Rev. CEFAC*, 14(1), 164-170. <https://www.scielo.br/j/rcefac/a/tvvhH9gHRSnzJVkR76pnm6VL/?lang=pt&format=pdf>

Schelles, S. (2008). A importância da linguagem não-verbal nas relações de liderança nas organizações. *Revista Esfera*, 1, 1-8.
http://www.fsma.edu.br/esfera/Artigos/Artigo_Suraia.pdf

Senna, S.R.C.M. & Dessen, M.A. (2015). Reflexões sobre a saúde do adolescente brasileiro. *Psicologia, Saúde e Doenças*, 16(2), 223-235.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=36242128008>

**Apêndice X – Caracterização dos motivos de admissão
e permanência de adolescentes no SO,
antes e durante a pandemia COVID-19**

CARACTERIZAÇÃO DOS MOTIVOS DE ADMISSÃO E PERMANÊNCIA DE ADOLESCENTES NO SO, ANTES E DURANTE A PANDEMIA COVID-19

No âmbito do estágio em Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) e de acordo com o objetivo específico delineado de caracterizar os motivos de admissão dos adolescentes no serviço de urgência, antes e durante a pandemia, por questões éticas e legais, não me foi possível, em tempo útil, consultar os dados relativos às admissões efetuadas no SUP em 2018 e em 2021 e a consulta dos respetivos processos clínicos. Apenas me foi possível consultar uma base de dados de enfermagem com os motivos de admissão e permanência em SO,

Assim, realizei uma análise da base de dados de enfermagem com os motivos de admissão e permanência em SO até um máximo de 24 horas, de 1 de janeiro a 31 de dezembro, do ano 2018 (ano anterior à pandemia COVID-19) e do mesmo período do ano 2021 (ano em plena pandemia).

Esta ferramenta (base de dados em Excel, sem dados de identificação direta) criada pelos enfermeiros do serviço, para utilização exclusiva da equipa de enfermagem, veio dar suporte para se legitimar a necessidade de recursos humanos e recursos materiais essenciais ao bom funcionamento do serviço para uma prestação de cuidados com segurança e com qualidade.

Analisando o ano de 2018 (pré-pandemia) e o ano 2021 (pandemia), foi possível verificar que:

No ano de 2018 foram realizadas 1803 admissões em SO, dos quais 477 eram adolescentes, representando 26,46% das permanências em SO (gráfico 1). E, em 2021 foram realizadas 901 admissões, representando 39,84% das permanências em SO (gráfico 2).

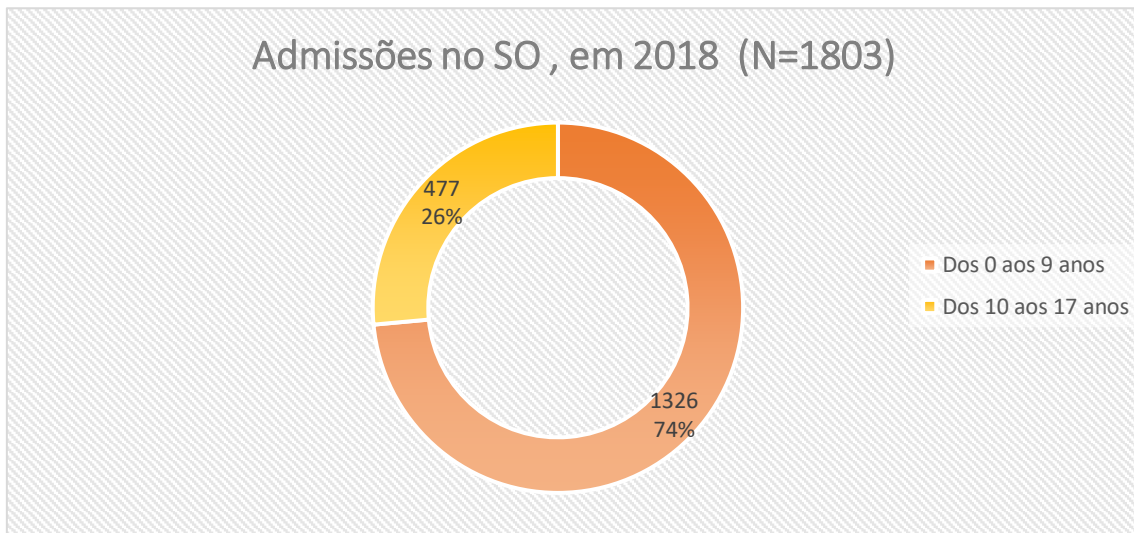


Gráfico 1: Admissões no SO, em 2018

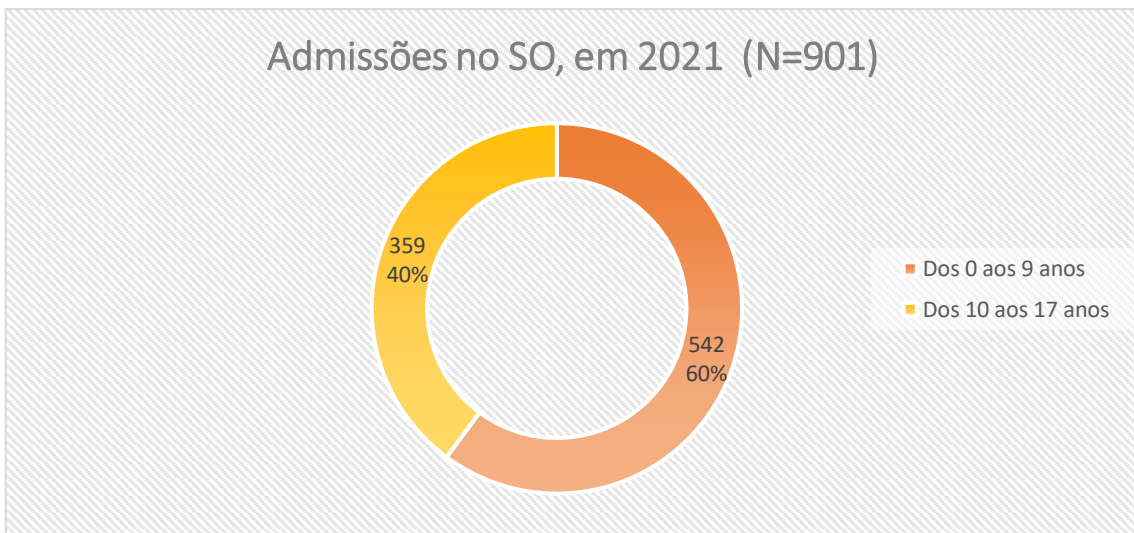


Gráfico 2: Admissões no SO, em 2021

Em termos evolutivos temporalmente, verifica-se um decréscimo para metade do número de internamentos temporários em SO, de 1803 registos de entradas para 901 entradas, menos 50,03%, verificando-se uma diminuição de internamentos na população com menos de 10 anos de idade e um aumento de internamentos na população adolescente, em termos percentuais de 26% para 40%.

Analisando a distribuição dos adolescentes admitidos no SO por sexo e por ano civil verifica-se que em 2018 existia um ligeiro predomínio do sexo feminino com um registo de internamento de 264 raparigas e 213 rapazes. E, no ano 2021 verifica-se uma paridade na distribuição por sexos, com um registo de internamento de 178 raparigas e 181 rapazes (gráfico 3).

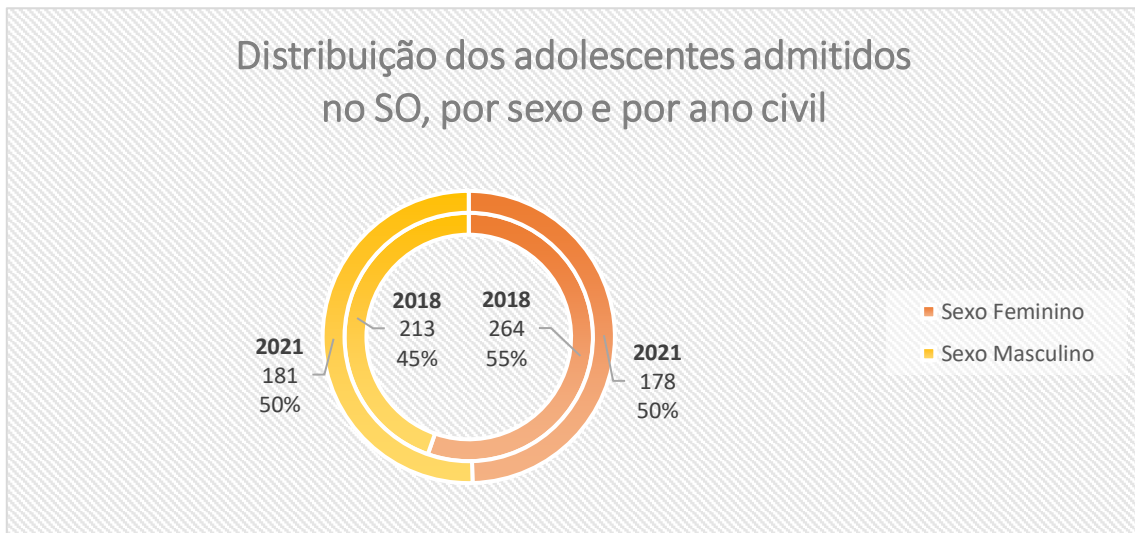


Gráfico 3: Distribuição dos adolescentes admitidos no SO, por sexo e por ano civil

Em termos evolutivos temporalmente, verifica-se em SO uma diminuição de internamentos na população adolescente do sexo feminino e um aumento de internamentos na população adolescente do sexo masculino.

Analisando o gráfico 4 relativo aos motivos de admissão de adolescentes em SO, por ano civil, indo ao encontro do objetivo traçado, a partir da análise da base de dados, concluiu-se que os vômitos e a dor abdominal são os sintomas predominantes, em 2018 e 2021, que conduzem os adolescentes a um maior tempo de permanência em SUP para vigilância.

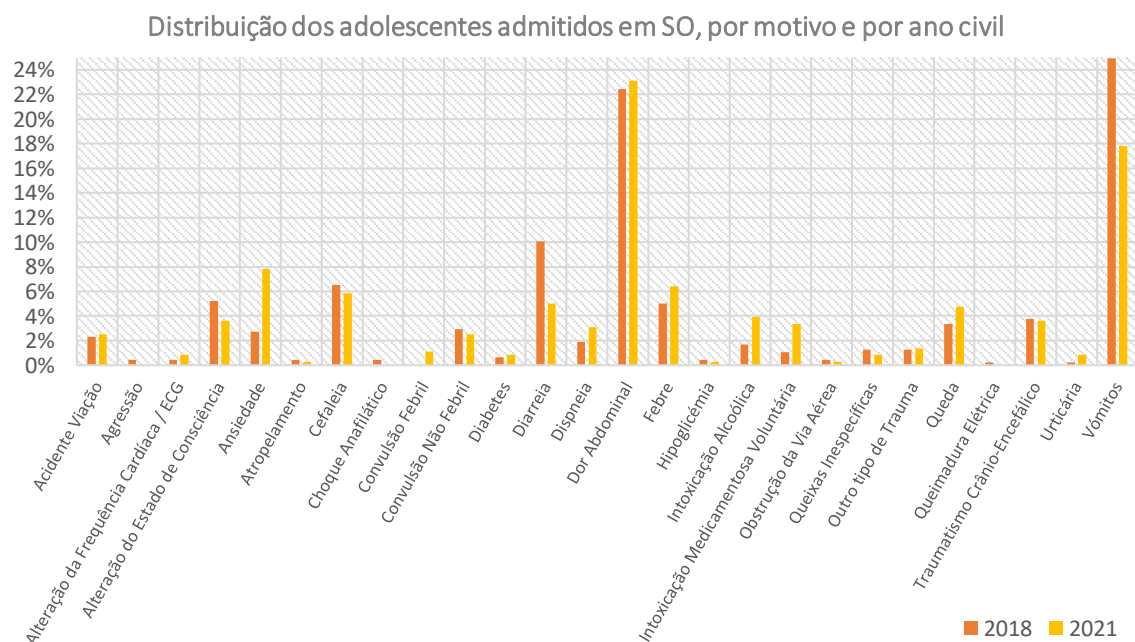


Gráfico 4: Distribuição dos adolescentes admitidos em SO, por motivo e por ano civil

Quadro 1: Distribuição dos adolescentes em SO no ano de 2018, por motivo de admissão

Motivo de Admissão em SO no ano 2018 (N=477)			
1º	Vômitos	119	24,94%
2º	Dor Abdominal	107	22,43%
3º	Diarreia	48	10,06%
4º	Cefaleia	31	6,50%
5º	Alteração do Estado de Consciência	25	5,24%
6º	Febre	24	5,03%
7º	Traumatismo Crânio-Encefálico	18	3,77%
8º	Queda	16	3,35%
9º	Convulsão Não Febril	14	2,94%
10º	Ansiedade	13	2,73%
11º	Acidente Viação	11	2,31%
12º	Dispneia	9	1,89%
13º	Intoxicação Alcoólica	8	1,68%
14º	Queixas Inespecíficas	6	1,26%
14º	Outro tipo de Trauma	6	1,26%
15º	Intoxicação Medicamentosa Voluntária	5	1,05%
16º	Diabetes	3	0,63%
17º	Agressão	2	0,42%
17º	Alteração da Frequência Cardíaca / ECG	2	0,42%
17º	Atropelamento	2	0,42%
17º	Choque Anafilático	2	0,42%
17º	Hipoglicemia	2	0,42%
17º	Obstrução da Via Aérea	2	0,42%
18º	Queimadura Elétrica	1	0,21%
18º	Urticária	1	0,21%

Quadro 2: Distribuição dos adolescentes em SO no ano de 2021, por motivo de admissão

Motivo de Admissão em SO no ano 2021 (N=359)			
1º	Dor Abdominal	83	23,11%
2º	Vômitos	64	17,82%
3º	Ansiedade	28	7,80%
4º	Febre	23	6,40%
5º	Cefaleia	21	5,85%
6º	Diarreia	18	5,01%
7º	Queda	17	4,74%
8º	Intoxicação Alcoólica	14	3,90%
9º	Alteração do Estado de Consciência	13	3,62%
9º	Traumatismo Crânio-Encefálico	13	3,62%
10º	Intoxicação Medicamentosa Voluntária	12	3,34%
11º	Dispneia	11	3,06%
12º	Convulsão Não Febril	9	2,51%
12º	Acidente Viação	9	2,51%
13º	Outro tipo de Trauma	5	1,39%
14º	Convulsão Febril	4	1,11%
15º	Alteração da Frequência Cardíaca / ECG	3	0,84%
15º	Queixas Inespecíficas	3	0,84%
15º	Diabetes	3	0,84%
15º	Urticária	3	0,84%
16º	Atropelamento	1	0,28%
16º	Hipoglicemia	1	0,28%
16º	Obstrução da Via Aérea	1	0,28%

Em 2018, os 5 principais motivos que levaram os adolescentes a recorrer ao SUP e a necessitar de permanecer em vigilância no SO, foram situações de vômitos (24,94%), dor abdominal (22,43%), diarreia (10,06%), cefaleias (6,50%), e alteração do estado de consciência (5,24%), conforme se pode observar no gráfico 4 e quadro 1. Durante o ano de 2021 os 5 principais motivos que levaram

os adolescentes a recorrer ao SUP e a necessitar de permanecer em vigilância no SO foram situações de dor abdominal (23,11%), vômitos (17,82%), ansiedade (7,80%), febre (6,40%) e cefaleias (5,85%), conforme se constata pelo gráfico 4 e quadro 2.

Na análise do gráfico 4 e dos quadros 1 e 2, podemos verificar que em termos evolutivos do ano 2018 para 2021 aumentou o número de casos de ansiedade, de casos de intoxicação alcoólica e de casos de intoxicação medicamentosa voluntária. A amostra em análise, vai ao encontro de vários estudos de diferentes autores que referem que a pandemia COVID-19 tem repercussões na saúde mental dos adolescentes derivado da doença SARS-COV2 e das políticas públicas e ações restritivas adotadas para controlar a propagação da doença, especificamente as medidas de distanciamento social e o encerramento das escolas (Oliveira et al, 2020).

É expectável nos adolescentes uma maior vulnerabilidade e suscetibilidade às influências positivas e negativas do meio ambiente, característica desta fase do ciclo de vida (Campisi et al., 2020), onde o isolamento social e as alterações no quotidiano poderão conduzir a consequências indesejáveis para a saúde dos adolescentes, nomeadamente a nível da saúde mental (Costa, Guedes, Nogueira & Maciel, 2021). E, em alguns indivíduos, as alterações quando são pouco aceites e quando combinadas com outros fatores de risco poderão conduzir ao stress, a sentimentos de confusão, ao medo, a incertezas ou a outros problemas de saúde (Stanford Children's Health, 2021).

A análise dos dados, sugere a existência de uma relação entre a pandemia COVID-19 e alterações na saúde mental dos adolescentes.

Assim, dentro da temática em estudo, esta base de dados é uma ferramenta de grande interesse na medida em que ao nos dar a conhecer os motivos de internamento de adolescentes em SO e as diferenças entre o tempo em pré-pandemia e o tempo em pandemia, podendo contribuir para a identificação do tipo de problemas com maior prevalência nos adolescentes que recorrem à urgência em tempo de pandemia, permitirá ajustar os recursos humanos do serviço, no sentido de uma melhor adequação das respostas às necessidades dos adolescentes, neste caso ao nível da saúde mental melhorando a qualidade dos cuidados de saúde.

Referências Bibliográficas

- Campisi, S.C., Carducci, B., Akseer, N., Zasowski, C., Szatmari, P. & Bhutta, Z.A. (2020). Suicidal behaviours among adolescents from 90 countries: a pooled analysis of the global school-based student health survey. *BMC Public Health*. 20(1102). Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7416394/>
- Costa, A.G.R., Guedes, B.D.S., Nogueira, M.M. & Maciel, M.P.A. (2021). Revisão bibliográfica acerca da saúde geral do jovem e do adolescente e relato de profissionais da saúde sobre o impacto do COVID-19 nesta população. *Brazilian Journal of Health Review*, 4(5), 20787-20806. <https://doi.org/10.34119/bjhrv4n5-184>
- Oliveira, W.A., Silva, J.L., Andrade, J.L.M., Micheli, D., Carlos, D.M. & Lossi Silva, M.A. (2020). A saúde do adolescente em tempos da COVID-19: scoping Review. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(8), 1-14. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00150020>
- Stanford Children's Health (2021). *Teen Suicide*. <https://www.stanfordchildrens.org/en/topic/default?id=teen-suicide-90-P02584>

**Apêndice XI – Plano de ação de formação:
Influência das redes sociais na saúde
e bem-estar dos adolescentes**

INFLUÊNCIA DAS REDES SOCIAIS NA SAÚDE E BEM-ESTAR DOS ADOLESCENTES

Os adolescentes de hoje não conhecem o mundo sem a internet. O uso das tecnologias faz parte do cotidiano da nova geração, com uma adesão muito significativa de utilizadores adolescentes (Teixeira, 2016), em que a internet é vista como um meio privilegiado de comunicação e de partilha de informações.

A internet pelas suas características virtuais e dinâmicas torna-se, muitas vezes, objeto de dependência entre os adolescentes na medida em que consegue produzir a sensação de poder e de acessos ilimitados, mesmo ignorando os limites do mundo real, dado que os utilizadores podem manter o anonimato, ter um acesso rápido e fácil a uma multiplicidade de informações e realizar diferentes atividades ao mesmo tempo. (Gonçalves & Nuernberg, 2012).

Com a pandemia COVID-19, que condicionou as interações sociais presenciais, verificou-se que os tempos diários dedicados à utilização das redes sociais aumentaram, aumentando proporcionalmente a exposição aos riscos do uso excessivo da internet.

É consensual que as novas tecnologias de informação e comunicação influenciam os seus utilizadores, especialmente os adolescentes, que tendem a usar mais estes meios de comunicação. A questão central, é que os adolescentes, por se encontrarem num processo de desenvolvimento biopsicossocial, demonstram imaturidade na avaliação dos riscos e dos benefícios do uso das tecnologias e das redes sociais, consumindo informações muitas vezes desvinculadas da realidade (Sales, Costa & Gai, 2021).

O guia “COVID-19 parenting” reconhece que o uso da internet para os adolescentes é essencial à sua socialização, mas sugere que os conteúdos sejam do conhecimento e até mesmo controlados pelos pais. Apesar de ser uma medida controversa, pois por um lado existe o direito à autonomia e à privacidade, por outro lado, existe a necessidade do controlo parental com intenção de proteger e de educar. Pois, se, por um lado, os adolescentes são habilidosos com tecnologias, em contrapartida, são imaturos para avaliar os riscos envolvidos em certas práticas decorrentes na socialização digital (OMS et al., 2022).

Num mundo extremamente digital em que muitos adolescentes aprendem a socializar através da internet, é de extrema importância identificar e compreender as implicações do seu uso na saúde biopsicossocial dos adolescentes, pois de uma utilização inadequada podem surgir efeitos psicológicos e comportamentais, como ansiedade, isolamento, depressão, baixa autoestima, conflitos familiares ou diminuição do desempenho escolar (Favotto et al., 2019).

É assim reconhecida a necessidade de uma atuação interdisciplinar integrada dos atores políticos e sociais para se promover a proteção integral dos adolescentes (Sales, Costa & Gai, 2021).

Se é impossível pensar nas novas gerações separadas dos meios digitais e da internet, no entanto, equilibrar os seus efeitos apresenta-se como um grande desafio.

Para se conseguir um impacto positivo nos cuidados de saúde aos adolescentes, através de uma intervenção preventiva em comportamentos de risco para a sua saúde, os profissionais de saúde primeiro devem reconhecer e compreender o contexto virtual em que eles vivem (Canhão, 2016).

Perante esta problemática, e no âmbito do estágio na USF, durante momentos de discussão com a enfermeira orientadora de estágio, tornou-se evidente ser uma necessidade da equipa de enfermagem da unidade, o debate e análise das vantagens e desvantagens da utilização das redes sociais, e de que forma o enfermeiro se poderá posicionar nesta problemática adequando a sua intervenção em prol da saúde e do bem-estar dos adolescentes. Assim, foi planeada a realização de uma sessão de formação dirigida aos enfermeiros da unidade e a estudantes em estágio, da licenciatura de enfermagem, com vista a sensibilizar para a influência das redes sociais na saúde e bem-estar dos adolescentes e importância de estratégias de intervenção.

PLANO DE SESSÃO DE FORMAÇÃO:

Tema: Influência das redes sociais na saúde e bem-estar dos adolescentes

Formadora: Enfermeira Ana Sofia Silva, aluna do MEESIP

Enfermeira Orientadora: EEESIP

Destinatários: Enfermeiros da USF e Alunos de Licenciatura em Enfermagem

Local: Sala de reuniões da USF

Data: 17 fevereiro de 2022

Hora: 13h30

Objetivo geral: Sensibilizar os profissionais de saúde para a influência das redes sociais na saúde e bem-estar dos adolescentes e importância de estratégias de intervenção.

Objetivos específicos:

- 1) Analisar a influência da pandemia COVID-19 na utilização das redes sociais.
- 2) Definir conceitos: adolescência e redes sociais.
- 3) Descrever os motivos, as potencialidades e os riscos da utilização das redes sociais pelos adolescentes.
- 4) Apresentar estratégias de intervenção dos profissionais de saúde na abordagem a esta temática.

Desenvolvimento da Sessão	Conteúdos	Duração
Introdução	- Apresentação da formadora. - Pertinência do tema. - Objetivo geral e específicos.	5´
Desenvolvimento	- Influência da pandemia Covid-19 na utilização das redes sociais. - Definição de conceitos: adolescência e redes sociais. - Redes sociais mais utilizadas pelos adolescentes e motivos de utilização. - Potencialidades e riscos das redes sociais na saúde dos adolescentes. -Intervenções dos profissionais de saúde na abordagem a esta temática.	15´
Conclusão	- Breve síntese da sessão. - Discussão e reflexão em grupo para esclarecimento de dúvidas. - Referências Bibliográficas	8´
Avaliação	- Preenchimento de breve questionário de avaliação sobre a utilidade da sessão, de forma individual e anónima.	2´

Métodos e Técnicas Pedagógicas: Método Ativo - Expositivo.

Documentação e Materiais: PowerPoint, computador e projetor multimédia.

DIAPPOSITIVOS UTILIZADOS NA SESSÃO DE FORMAÇÃO:



Influência das redes sociais na saúde e bem-estar dos adolescentes



Formadora: Enfermeira Ana Sofia Silva - Aluna XII MEESIP
Enfermeira Orientadora: Enfermeira Especialista em Saúde Infantil e Pediatria

17 Fevereiro 2022

Sumário

Objetivos

- Influência da pandemia Covid-19 na utilização das redes sociais pelos adolescentes.
- Definição de Conceitos: adolescência e redes sociais.
- Redes sociais mais utilizadas pelos adolescentes e motivos de utilização.
- Potencialidades e riscos das redes sociais na saúde dos adolescentes.
- Intervenções dos profissionais de saúde na abordagem a esta temática.
- Discussão em grupo para esclarecimento de dúvidas.
- Questionário de avaliação do interesse/utilidade da sessão.



Objetivos

Objetivo geral:

Sensibilizar os profissionais de saúde para a influência das redes sociais na saúde e bem-estar dos adolescentes e importância de estratégias de intervenção.

Objetivos específicos:

- Analisar a influência da pandemia COVID-19 na utilização das redes sociais.
- Definir conceitos: adolescência e redes sociais.
- Descrever os motivos, as potencialidades e os riscos da utilização das redes sociais pelos adolescentes.
- Apresentar estratégias de intervenção dos profissionais de saúde na abordagem a esta temática.



A pandemia Covid-19 e a utilização das redes sociais



A Covid-19 criou a necessidade de nos relacionarmos via internet.

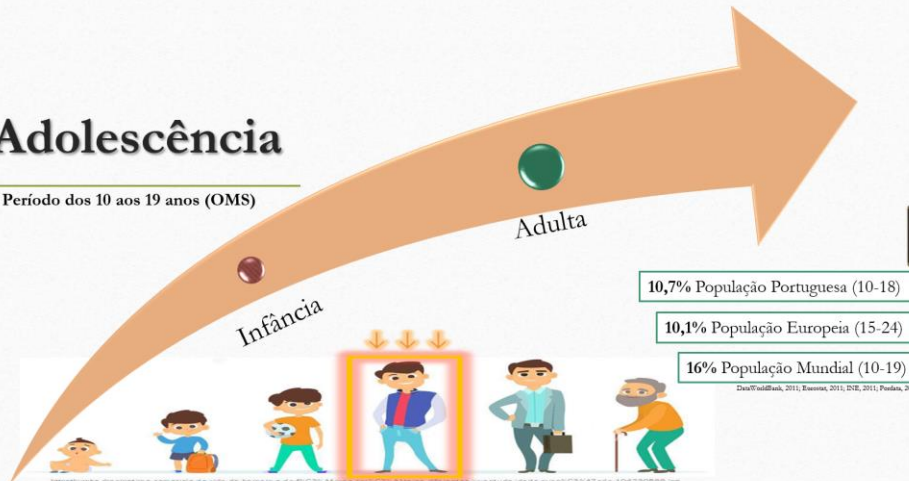
A pandemia virtualizou-nos!

As redes sociais tornaram-se uma extensão da nossa vida real.



Adolescência

Período dos 10 aos 19 anos (OMS)



Redes Sociais

As redes sociais podem ser definidas como qualquer website que permita ao utilizador a comunicação e interação social através de email, mensagens instantâneas e comentários públicos.

São criados perfis e o conteúdo é publicado pelo seu utilizador e pode incluir texto, som e imagens, possibilitando os constantes “status updates”, que são as partilhas de informação sobre localização, atividades e emoções.

Outra das características importantes é a ligação de um perfil a uma rede de utilizadores através do “friending”. Quando dois utilizadores se aceitam como “amigos online” os dois perfis ficam ligados e os seus conteúdos passam a ser mutuamente acedidos.





Rebelo, Lopes, Macedo & Salgado, 2020

Estudo observacional e transversal, baseado em dados colhidos através do preenchimento de questionários anónimos distribuídos nas escolas do concelho de Guimarães (Portugal) entre abril e junho de 2018 a adolescentes que frequentam o 2º/3º ciclos do ensino básico e secundário, no ano letivo de 2017/2018. A amostra foi constituída por um total de 3518 alunos.

Motivo da utilização das redes sociais pelos adolescentes

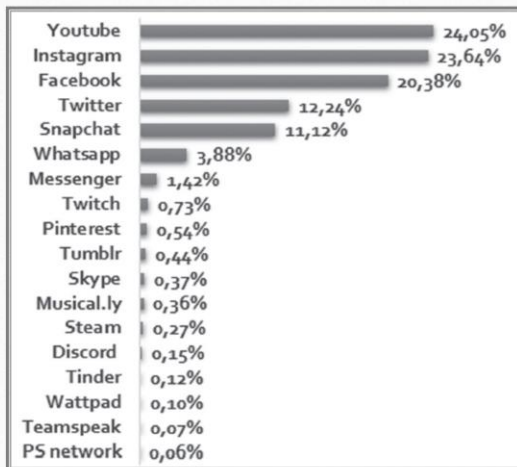
Estas plataformas on-line são uma ferramenta usada por adolescentes não só para entretenimento, mas também como forma de comunicação e expressão, uma vez que constituem um meio importante de conexão com os pares.



(Rebelo, Lopes, Macedo & Salgado, 2020)

Redes sociais mais utilizadas pelos adolescentes

Sem diferença significativa entre sexos, o início de utilização das redes sociais ocorre entre os 10 e os 12 anos. Em que os aparelhos mais utilizados são o telemóvel, seguido do computador e do tablet.



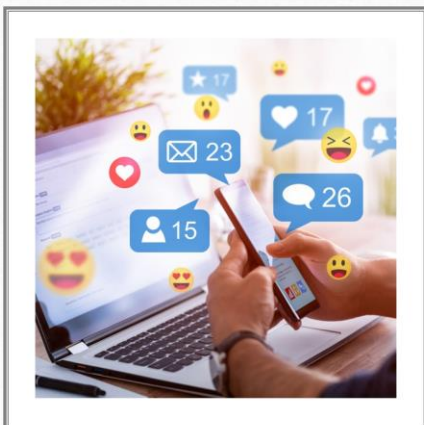
(Rebelo, Lopes, Macedo & Salgado, 2020)

Informação partilhada nas redes sociais pelos adolescentes

Os grandes problemas do uso das redes sociais estão associados a privacidade e segurança.



(Rebelo, Lopes, Macedo & Salgado, 2020)



Potencialidades das redes sociais para a saúde

- Relação Social
- Autoexpressão e autoidentidade
- Participação cívica
- Criatividade
- Literacia digital
- Comportamentos e estilos de vida saudáveis

(Costa, 2014; Royal Society for Public Health & Young Health Movement, 2017; Machado & Bettencourt, 2019)

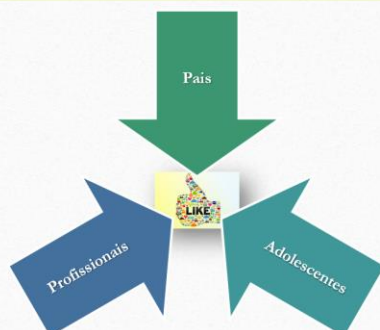


Riscos das redes sociais para a saúde

- Sono comprometido
- Alteração da autoimagem
- Isolamento Social
- FoMO (Fear of Missing Out)
- Cyberbullying
- Frustração, Ansiedade e Depressão

(Costa, 2014; Royal Society for Public Health & Young Health Movement, 2017; Machado & Bettencourt, 2019)

O papel dos profissionais de saúde



IDADE	Tempo máximo de exposição a ecrãs recomendado (OMS)
< 2 Anos	0
2 - 5 anos	< 1h por dia
6 - 10 anos	< 2h por dia
11 - 18 anos	< 3h por dia

(Costa, 2014; Royal Society for Public Health & Young Health Movement, 2017; Machado & Bettencourt, 2019)

O papel dos profissionais de saúde

Esclarecer que as redes sociais não devem retirar tempo ao sono, à atividade física e a outros comportamentos essenciais a um estilo de vida saudável.

Definir em família tempos sem ecrã.

Elucidar que os ecrãs não devem ser usados as refeições e devem ser desligados 30-60 minutos antes da hora de dormir.

Clarificar as diferenças sobre realidade virtual do mundo real.

Explicar os conteúdos das plataformas digitais.

Esclarecer sobre privacidade e segurança.

Promover a autoimagem positiva.

Promover a Literacia digital.

(Costa, 2014; Royal Society for Public Health & Young Health Movement, 2017; Machado & Bettencourt, 2019)

Referências Bibliográficas:

Canhão, M. (2016). *Riscos e Potencialidades do uso das redes sociais na adolescência*. Trabalho Final do Curso de Mestrado Integrado em Medicina. Faculdade de Medicina. Universidade de Lisboa. Disponível em: <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/29041>.

Machado C. & Bettencourt, T. (2018). *O lado negro das redes sociais: Quais os riscos e como me proteger?*. Revista Iberoamericana de Informática Educativa. (28), 9-19. Disponível em: <https://ria.ua.pt/bitstream/10773/27252/1/052.pdf>.

Rebelo, A., Lopes, S., Macedo, L., Salgado, J. (2020). *Os adolescentes e as redes sociais*. Revista & Saúde. 17 (2), 84-90. Acedido a: 18/05/2021. Disponível em: <https://cdn.publisher.gn1.link/adolescenciasaude.com/pdf/v17n2a11.pdf>.

Regulamento n.º 422/2018 de 12 de julho (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Diário da República, 2.ª série, n.º133 (12-07-2018), 19192-19194.

Royal Society for Public Health & Young Health Movement. (2017). *#StatusofMind: Social media and young people's mental health*. London: Royal Society for Public Health.

AVALIAÇÃO DA SESSÃO:

Após a sessão, procedeu-se à avaliação por parte dos pares, a fim de compreender se os objetivos inicialmente propostos tinham sido atingidos.

Foi realizada a avaliação da sessão através da utilização de um questionário individual e anónimo com uma escala de posicionamento de 1 a 4 pontos, correspondendo a uma escala crescente de satisfação, conforme mostra a figura 1:

Avaliação da sessão de formação				
Tema: Influência das redes sociais na saúde e bem-estar dos adolescentes				
Formadora: Enfermeira Ana Sofia Silva, aluna do MEESIP				
Enfermeira Orientadora: Especialista em Saúde Infantil e Pediatria				
Destinatários: Enfermeiros da USF e Alunos de Enfermagem em estágio				
Local: Sala de reuniões da USF				
Data: 17 fevereiro de 2022 Hora: 13h30				
Este questionário é anónimo e a sua opinião sobre esta sessão é muito importante.				
Conforme a sua opinião, por favor, marque um (X) à frente de cada um dos parâmetros abaixo indicados, numa escala de 1 a 4 pontos, onde:				
1 = insuficiente, 2 = regular, 3 = bom e 4 = muito bom.				
	1	2	3	4
Conteúdos da ação de formação				
Estrutura dos conteúdos				
Interesse/utilidade dos conteúdos				
Concretização dos objetivos propostos				
Esta ação de formação permitiu-lhe adquirir novos conhecimentos				
Críticas/Sugestões/Comentários:				

Figura 1: Questionário de avaliação de sessão de formação

A avaliação da sessão foi bastante positiva. Todos os nove participantes atribuíram pontuação máxima (4) a todos os parâmetros: conteúdos da ação de formação, estrutura dos conteúdos, interesse/utilidade dos conteúdos, concretização dos objetivos propostos e aquisição de novos conhecimentos.

Refletiu-se em conjunto sobre a influência das redes sociais na saúde e bem-estar dos adolescentes e de como podemos utilizar as novas tecnologias e as redes sociais para implementar ações de promoção da saúde e de prevenção de comportamentos de risco. E também existiu espaço para refletir sobre os obstáculos que surgiram com a pandemia Covid-19 nos cuidados de saúde e especificamente de enfermagem. Contudo, em consenso reafirmou-se a importância da formação dos profissionais para se poder adotar com criatividade e inovação novas estratégias na prática diária para enfrentar os novos desafios que vão surgindo.

Sendo uma das competências do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediatria “*Assistir a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde*” (Regulamento n.º 422/2018, 2018). Tal como descrito no Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista, este deverá “garantir um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica” e “desenvolver práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” (Regulamento n.º 140/2019, 2019).

Neste sentido, considero que a realização desta sessão contribuiu não só para o meu desenvolvimento, mas também para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem neste serviço.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Canhão, M.A. (2016). *Riscos e potencialidades do uso das redes sociais na adolescência* [Master's thesis, Faculdade de Medicina de Lisboa]. Repositório da Universidade de Lisboa. <https://repositorio.ul.pt/handle/10451/29041>
- Favotto, L., Michaelson, V., Pickett, W. & Davison, C. (2019). The role of family and computer-mediated communication in adolescent loneliness. *PLoS ONE*, 14(6). <https://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0214617>
- Gonçalves, B. G. & Nuernberg, D. (2012). A dependência dos adolescentes ao mundo virtual. *Revista de Ciências Humanas*, 46(1), 165-182. <https://periodicos.ufsc.br/index.php/revistacfh/article/view/2178-4582.2012v46n1p165/23109>
- Organização Mundial da Saúde, UNICEF, Children EVA, Things IG, Health PfL, USAID & Center for Disease Control and Prevention, GCFL. (2022). *COVID19 parenting*. <https://www.covid19parenting.com>
- Regulamento n.º 140/2019 (2019). *Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista*. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: II Série, n.º 26 de 06-02-2019, 4744-4750. <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>
- Regulamento n.º 422/2018 (2018). *Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*. Ordem dos Enfermeiros. Diário da República: II Série, n.º 133 de 12-07-2018, 19192-19194. <https://dre.pt/pesquisa/-/search/115685379/details/normal?l=1>
- Sales, S.S., Costa, T.M. & Gai, M.J.P. (2021). Adolescentes na Era Digital: Impactos na Saúde Mental. *Research, Society and Development*, 10(9). <http://dx.doi.org/10.33448/rsd-v10i9.17800>
- Teixeira, E.I.B. (2016). O uso excessivo das redes sociais pelos adolescentes [Master's thesis, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação]. Repositório da Universidade Coimbra. Disponível em: <https://eg.uc.pt/handle/10316/33495>

**Apêndice XII – Folheto:
Utilização de Ecrãs com segurança**

Recomendações de tempos de exposição a ecrãs:



IDADE	Tempo Máximo de Exposição Recomendado
< 2 Anos	0
2 - 5 anos	< 1h por dia
6 - 10 anos	< 2h por dia
11 - 18 anos	< 3h por dia

(Organização Mundial de Saúde, 2020)



Fonte: <https://www.mgfamiliar.net/blog/tepa>

Proibir não é solução!
Educar é Amar!



Fonte: <http://www.luciasweb.com/sito-web-social-network/>



ESEL
Escola Superior
de Enfermagem
de Lisboa

Folheto elaborado por:
Enfermeira Ana Sofia Silva (Aluna XII MESIP),
Com orientação de:
Enfermeira [Redacted]
(Especialista em Saúde Infantil e Pediatria).

Fevereiro de 2022



Fonte: <https://www.futurelearn.com/courses/social-media>

UTILIZAÇÃO
DE ECRÃS
COM
SEGURANÇA

Cuidados a Ter

“Tempo de Ecrã”

Representa o tempo que é passado em exposição a dispositivos, como: computador, telemóvel, tablet ou televisão.



Fuente: <https://imagens.eurca.sapo.pt/estrat%C3%A9gias-e-opini%C3%B5es/1/marketin-a-mercancia-crescente-de-uma-estrat%C3%A9gia-novo-e-4-ecras/>

Tem existido um aumento na disponibilidade de dispositivos de ecrã, levando a um aumento da sua utilização por crianças e adolescentes.

Os ecrãs fazem parte do seu dia-a-dia, representando uma forma fácil de acesso a informação, entretenimento e comunicação.

Contudo, existem vantagens, desvantagens e recomendações de uso, para uma utilização saudável.

(Rafael et. al, 2020)



Fuente: <https://activa.sapo.pt/comportamento/2019-04-18-o-tempo-que-as-criancas-passam-em-frente-a-ecras-pode-irregular-o-aoe-do-desenvolvimento-1/>



Vantagens	Desvantagens
Permite novas aprendizagens	Alterações: - Linguagem - Comportamento e Atenção - Relação com os outros - Padrão do sono - Rendimento escolar
É um meio de comunicação fácil, simples e eficaz	Sedentarismo
Possibilita uma maior rede de contactos	Isolamento
Promove uma maior aceitação pelo grupo de pares	Ansiedade e depressão

Recomendações para um correto uso dos ecrãs pelas crianças e adolescentes

- Acompanhar os conteúdos que visualizam.
- Explicar o significado dos conteúdos.
- Esclarecer as diferenças entre o mundo online e o mundo real.
- Ensinar que existe uma pegada digital e clarificar o conceito de privacidade online.
- Não permitir que o tempo de ecrã retire tempo de sono e de atividade física.
- Definir em família tempos sem ecrãs.
- Os ecrãs não devem ser usados às refeições.
- Os ecrãs não devem ser usados para acalmá-los nem para os calar.
- Os ecrãs devem ser desligados 30-60 minutos antes da hora de dormir. (SPP, 2019)

As regras e os limites são necessários e são esperados pelas crianças e adolescentes.

**Apêndice XIII – Póster digital:
Utilização de ecrãs com segurança**

TEMPO DE ECRÃ

O tempo de ecrã é o tempo que é passado em exposição a dispositivos, como: computador, telemóvel, tablet ou televisão.



Tempo MÁXIMO de exposição recomendado por idades:

IDADE	Tempo Máximo de Exposição Recomendado
< 2 Anos	0
2 - 5 anos	< 1h por dia
6 - 10 anos	< 2h por dia
11 - 18 anos	< 3h por dia

(OMS, 2020)

Recomendações aos pais:

- Acompanhar os conteúdos que os filhos visualizam.
- Explicar o significado dos conteúdos.
- Esclarecer as diferenças entre o mundo online e o mundo real.
- Ensinar que existe uma pegada digital e clarificar o conceito de privacidade online.
- Não permitir que o tempo de ecrã retire tempo de sono e de atividade física.
- Definir em família tempos sem ecrãs.
- Os ecrãs não devem ser usados às refeições.
- Os ecrãs não devem ser usados para acalmá-los nem para os calar.
- Os ecrãs devem ser desligados 30-60 minutos antes da hora de dormir.

(SPP, 2019)