INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Promoção da Saúde Mental na Adolescência Atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Paula Cristina Campos Joaquim

Orientação: Professora Mónica Costa

Professora Doutora Ana Lúcia Ramos

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*

Relatório de Estágio

Setúbal, 2023

Esta dissertação inclui as críticas e as sugestões feitas pelo júri

INSTITUTO POLITÉCNICO DE SETÚBAL

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

UNIVERSIDADE DE ÉVORA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE SÃO JOÃO DE DEUS

INSTITUTO POLITÉCNICO DE BEJA

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE PORTALEGRE

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE

INSTITUTO POLITÉCNICO DE CASTELO BRANCO

ESCOLA SUPERIOR DE SAÚDE DR LOPES DIAS

Promoção da Saúde Mental na Adolescência Atuação do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica

Paula Cristina Campos Joaquim

Orientação: Professora Mónica Costa

Professora Doutora Ana Lúcia Ramos

Mestrado em Enfermagem

Área de especialização: *Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica*

Relatório de Estágio

Júri das Provas Públicas:

Presidente de Júri: Professora Doutora Ana Clara Pica Nunes

Arguente: Professor Doutor Leonel Lusquinhos de Sousa Oliveira

Orientador: Professora Mónica Cristina Rodrigues Costa Monteiro

Setúbal, 2023

Aos meus filhos, Alice, Miguel e Clara.

Seres maravilhosos, onde moram os sonhos e as cores do arco-íris.

AGRADECIMENTOS

No meu coração mora gratidão. Os caminhos que escolhemos percorrer, fáceis ou difíceis, só são possíveis quando não estamos sós.

A ti Pedro, meu amor e maior conhecedor, por acreditares sempre primeiro, pelo orgulho que tens em mim e pelo espaço onde me permito ser simplesmente eu.

A vocês, mãe e pai, pelo amor com que envolvem tudo o que a mim me diz respeito. Pelo enorme entusiasmo nas ideias mais fora da caixa, pelos petiscos e comida de tacho.

A vocês, irmãos e cunhadas, pelas palavras encorajadoras além-fronteiras, pelas piadas sem piada que tanto me fazem rir e pelas horas infindáveis de 'babysitting'.

A vocês, família 'dread', pelo colo que me foram dando, pelos momentos de convívio e relaxamento. Em especial, a ti Dani, pelo incentivo em ir mais além.

A vocês, Rita, Sandra e Vanessa, as 'mestrandeiras' que se uniram num acaso, pelo espaço para respirar e pelo incentivo nos momentos menos fáceis.

A vocês, Filipa, Catarina e Adelaide, pelas risotas e almoços demorados.

A vocês, Raquel, Rossana, Josefina e Antónia, pelos elos que se mantém e manterão.

A si, Professora Mónica, pela energia contagiante, disponibilidade, reconhecimento, palavras de conforto e desafios irrecusáveis.

A si, Professora Gabriela Calado, pela orientação sábia e tranquila.

A si, Professora Ana Lúcia Ramos, pela excelência do seu ser profissional.

Por último, à memória da minha avó, pela essência do seu arroz-doce, o melhor do mundo.

Muito obrigada.

RESUMO

A promoção da saúde mental na adolescência eleva-se como um foco de atuação prioritário de intervenção do Enfermeiro Especialista em Saúde Infantil e Pediátrica, no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde, promovendo dessa forma o crescimento e o desenvolvimento infantil.

Esta temática ilustra o projeto de intervenção elaborado, insere-se na linha de desenvolvimento 'necessidades em cuidados de enfermagem em populações específicas', e tem a sua fundamentação na Teoria das Transições de Afaf Meleis. Com recurso à metodologia de projeto, considerando as necessidades e especificidades de cada contexto, e visando o reforço dos fatores protetores da saúde mental ao longo do ciclo de vida, foram realizadas várias atividades. Dentro destas, destacamos a criação de uma biblioteca na Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos, a elaboração do 'ebook' intitulado 'Regulação Emocional – um guia prático para adolescentes' e o 'Desenha a tua emoção'.

Paralelamente, refletimos a práxis clínica e fundamentámos o processo de tomada de decisão naquele que foi o percurso efetuado durante os diversos contextos de estágio (Estágio I e Estágio Final) na aquisição de competências comuns de enfermeiro especialista, competências específicas da área de saúde infantil e pediátrica, assim como, competências inerentes ao grau de mestre.

PALAVRAS-CHAVE: Adolescente, Saúde Mental, Promoção de Saúde, Enfermagem Pediátrica e Saúde Infantil.

ABSTRACT

Mental health promotion in adolescence is a high priority intervention for the Specialist Nurse in Child and Pediatric Health, in the sense of adopting health-enhancing behaviours, thus promoting child/adolescent's healthy growth and development.

This was the theme guiding the intervention project implemented along the clinical settings. It is within the line of development 'nursing care needs in specific populations' and it is grounded in Afaf Meleis' Theory of Transitions. Alongside project methodology, considering the needs and specificities of each context, and aiming to reinforce protective factors for mental health throughout the life cycle, activities were caried out. Among these, we highlight the implementation of a library in the Neonatal Intensive Care Unit, the development of an 'ebook' entitled 'Emotional Regulation – A Practical Guide for Adolescents and 'Draw your Emotion'.

Simultaneously, we reflected on the clinical practice in all different settings (Estágio I e Estágio Final) and justified all our decision-making process, showing evidence of the acquired and developed competences (universal, specific and masters' degree).

KEYWORDS: Adolescent, Mental Health, Health Promotion, Pediatric Nursing and Child Health.

SIGLAS

ACES - Agrupamento de Centros de Saúde
AE - Agrupamentos Escolares e Escolas não Agrupadas
APEPEN - Associação Portuguesa de Enfermagem Pediátrica e Neonatal
ARSLVT - Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo
CDC - Centro de Desenvolvimento da Criança
CCD - Cuidados Centrados no Desenvolvimento
CCF - Cuidados Centrados na Família
CNS - Conselho Nacional de Saúde
CNT - Cuidados Não Traumáticos
CPCJ - Comissão de Proteção de Crianças e Jovens
CSP - Cuidados de Saúde Primários
DGS - Direção Geral de Saúde
ECG - Enfermeiro de Cuidados Gerais
EE - Encarregado de Educação
EEESIP - Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica
ELI - Equipa Local de Intervenção
EMAEI - Equipa Multidisciplinar de Apoio à Educação Inclusiva
IP - Instituto Politécnico
OE – Ordem dos Enfermeiros
OECD – 'Organisation for Economic Co-operation and Development'
NACJR - Núcleo de Apoio às Crianças e Jovens em Risco
NHACJR - Núcleo Hospitalar de Apoio às Crianças e Jovens em Risco
NSE – Necessidades de Saúde Especiais
PES - Projeto de Educação para a Saúde
PMC – Programa Mais Contigo
PNSE - Programa Nacional de Saúde Escolar
PNSIJ - Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil
PNSM - Programa Nacional para a Saúde Mental
PNV - Plano Nacional de Vacinação
PSI - Plano de Saúde Individual
RE – Regulação Emocional

REPE - Regulamento para o Exercício Profissional do Enfermeiro

RN – Recém-nascido

SE – Saúde Escolar

SIP – Saúde Infantil e Pediátrica

SNIPI - Serviço Nacional de Intervenção Precoce na Infância

TTAM - Teoria das Transições de Afaf Meleis

UC – Unidade Curricular

UCC - Unidade de Cuidados Continuados

UCIN – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UICD - Unidade de Internamento de Curta Duração

UIP – Unidade de Internamento de Pediatria

UN – 'United Nations'

UNICEF – 'United Nations International Children's Fund'

URAP - Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados

USF - Unidade de Saúde Familiar

USP - Unidade de Saúde Pública

UUP – Unidade de Urgência Pediátrica

VD – Visita Domiciliária

WHO – 'World Health Organization'

ÍNDICE DE FIGURAS

Figura 1: Modelo Ecológico: *The State of the World's children* …….. 20
Figura 2: Teoria das Transições de Afaf Meleis …… 24

ÍNDICE DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Apreciação Global da formação ……...105
Gráfico 2: Avaliação do Formador ……....105

ÍNDICE

INTRODUÇÃO 12

1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO 15

1.1 - ADOLESCÊNCIA 15

1.2 - SAÚDE MENTAL NA ADOLESCÊNCIA 17

1.3 - PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA ADOLESCÊNCIA 20

1.4 - TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAF MELEIS 21

1.5 - CONCEITOS, MODELOS E FILOSOFIAS DO CUIDAR EM PEDIATRIA 25

1.6 - ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA 27

2 - DE ENFERMEIRA DE CUIDADOS GERAIS A ENFERMEIRA ESPECIALISTA – O PERCURSO DE CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA 29

2.1 - UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE: SAÚDE ESCOLAR 30

2.2 - UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS 38

2.3 - UNIDADE DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA 45

2.3 - UNIDADE DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA 51

3 – PROJETO DE INTERVENÇÃO: PROMOVER A SAÚDE MENTAL NA ADOLESCÊNCIA 56

3.1 – METODOLOGIA DE PROJETO 57

3.2 – PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NUMA ESCOLA 60

3.3 – PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS 63

3.4 – PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NUMA UNIDADE DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA 69

3.5 – PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NUMA UNIDADE DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA 73

4 – DESENVOLVIMENTO E CRESCIMENTO PROFISSIONAL: EPÍTOME REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS 77

4.1 – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM 77

4.2 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA 83

4.3 – COMPETÊNCIAS INERENTES AO GRAU DE MESTRE 84

CONSIDERAÇÕES FINAIS 87

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS 89

APÊNDICES 98

APÊNDICE I – PLANEAMENTO DO ESTÁGIO NOS DIFERENTES CONTEXTOS E CRONOGRAMA 99

APÊNDICE II – 'SUPORTE BÁSICO DE VIDA E PRIMEIROS SOCORROS': RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO E DO DESEMPENHO DO FORMADOR 104

APÊNDICE III – CRONOGRAMA GERAL DAS ETAPAS DO PROJETO DE INTERVENÇÃO 106

APÊNDICE IV – PLANEAMENTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO E CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES 108

APÊNDICE V – PLANO DA SESSÃO DE APRESENTAÇÃO DO PMC 114

APÊNDICE VI – RESUMO DO ARTIGO 'BENEFÍCIOS DA LEITURA PARA OS RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS INTERNADOS NA UCIN: UMA SCOPING REVIEW' 116

APÊNDICE VII – PLANO DA SESSÃO DE APRESENTAÇÃO 'MINUTOS DE CONVERSA: BIBLIOTECA NA UCIN – INCENTIVAR MOMENTOS DE LEITURA AO RN INTERNADO' 118

APÊNDICE VIII – PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO 'DESCONSTRUIR PARA CUIDAR: UMA REFLEXÃO SOBRE ADOLESCENTES 120

INTRODUÇÃO

O presente relatório surge no âmbito da Unidade Curricular [UC] Relatório, inserida no 6º Curso de Mestrado de Enfermagem - área de Especialização em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, ministrado no Instituto Politécnico [IP] de Setúbal (Escola Superior de Saúde) em associação com a Universidade de Évora (Escola Superior de Enfermagem de São João de Deus), IP Portalegre (Escola Superior de Saúde), IP Beja (Escola Superior de Saúde) e IP Castelo Branco (Escola Superior de Saúde Dr. Lopes Dias).

Constitui uma prática reflexiva, fundamentada na teorização e na evidência científica. Tem como objetivo geral relatar o desenvolvimento e aquisição de competências relativas aos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica, ao longo do ciclo de estudos. As competências em apreço referem-se às competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140, 2019), às competências específicas da área de especialização (Regulamento n.º 422, 2018) e também às competências inerentes ao grau de mestre em enfermagem (Decreto-Lei n.º 65, 2018).

Como objetivos específicos temos: analisar o percurso de construção de competências especializadas e de competências inerentes ao grau de mestre; descrever os contextos clínicos de estágio; descrever o desenho e implementação do projeto de intervenção; e refletir sobre as competências desenvolvidas.

O percurso de construção de competências especializadas foi desenvolvido ao longo de todo o ciclo de estudos. A componente prática, UC Estágio I e UC Estágio Final, abrangeu quatro contextos clínicos: Unidade de Cuidados na Comunidade - Saúde Escolar; Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais; Unidade de Urgência Pediátrica; e Unidade de Internamento de Pediatria. Esta escolha teve por base o nosso percurso profissional prévio e os nossos interesses atuais e pretendeu expandir a nossa experiência, desafiar os nossos conhecimentos e abranger a maior diversidade naquela que é a atuação possível do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica [EEESIP]. O percurso ora mencionado culmina na defesa em prova pública deste documento.

A teorização de todo o percurso alicerça-se na Teoria das Transições de Afaf Meleis, uma teoria de médio alcance, a qual encontra a sua adequação ao processo formativo e projeto de intervenção, na assunção da transição como foco central da enfermagem. A práxis clínica, circunscrita à Saúde Infantil e Pediátrica [SIP], fundamenta-se na filosofia dos cuidados centrados na família e no modelo de parceria de cuidados de Anne Casey.

Procurámos encontrar na nossa prática profissional, áreas de atuação que nos trouxessem inquietações e desafios. Áreas onde sentíssemos ser possível e necessária a nossa contribuição para uma melhoria da qualidade dos cuidados. Ao longo de quase duas décadas de experiência profissional, foram vários os momentos em que nos deparámos com situações passíveis de ser atenuadas ou extintas com os cuidados promotores de saúde. Também a nível pessoal, o interesse pela área e a necessidade de a desenvolver, para uma parentalidade mais consciente e positiva, foi um fator importante no caminho da procura. Chegámos assim à nossa temática: Promoção da Saúde Mental na Adolescência.

Para Burke et al. (2021), a saúde mental do adolescente reflete uma complexidade própria inerente à etapa do ciclo de vida. A adolescência, sendo um período exigente de mudança, é uma fase propícia ao aparecimento de alterações da saúde mental. Segundo o Programa Nacional para a Saúde Mental [PNSM], a prevalência dessas alterações tem vindo a aumentar (Direção Geral de Saúde [DGS], 2017), mais acentuadamente nos últimos dois anos, devido à pandemia provocada pela COVID-19 (Villanti et al. 2022). A exposição a fatores de risco na infância e na adolescência aumenta a probabilidade de desenvolvimento de perturbação mental no adulto (DGS, 2017) e, como tal, uma das soluções apontadas pela 'United Nations International Children's Fund' [UNICEF] (2021), é a promoção da saúde mental, reforçando os fatores protetores ao longo do ciclo de vida. Também o PNSM reitera a urgência de se desenvolverem serviços, programas e projetos que enfatizem, na intervenção, a promoção dos fatores protetores da saúde mental (DGS, 2017a).

A promoção da saúde é um dos focos prioritários de intervenção do EEESIP. É-lhe inerente o trabalhar com a criança/jovem e família no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde e a mobilização de estratégias que motivam a criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde, promovendo dessa forma o crescimento e o desenvolvimento infantil (Regulamento n.º 422, 2018).

De forma a "estudar e resolver um problema" que constitui uma preocupação em nós, considerámos estadios de desenvolvimento, condições de saúde e necessidades emocionais

e sociais de uma população específica (adolescentes) e organizámos “um plano de trabalho”, o nosso projeto de intervenção (Ferrito et al., 2010, p.4). Sempre com a premissa da melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem prestados em geral e nos contextos clínicos de estágio em particular, fizemos o diagnóstico de situação, definimos objetivos e implementámos atividades para a promoção da saúde mental na adolescência.

Sintetizando, o projeto de intervenção integra a metodologia de projeto e insere-se na linha de desenvolvimento ‘necessidades em cuidados de enfermagem em populações específicas’.

Tem como objetivo geral incorporar a promoção da saúde mental na adolescência nos cuidados de enfermagem dos diferentes contextos clínicos. Na sequência, foram definidos os seguintes objetivos específicos: sensibilizar a equipa de enfermagem para a promoção da saúde mental na adolescência; sensibilizar a criança/jovem e família para a promoção da saúde mental na adolescência; e contribuir para a implementação de uma estratégia de promoção da saúde mental na adolescência, nos diferentes contextos.

Estruturalmente, este documento inicia-se com a introdução, capítulo a decorrer, onde se revelam os objetivos do trabalho e onde se contextualiza a temática selecionada. No capítulo seguinte apresentamos o enquadramento teórico, onde se contempla e aprofunda o fenómeno em estudo (adolescência, saúde mental na adolescência e promoção da saúde mental na adolescência), assim como a fundamentação da atuação do EEESIP (Teoria das Transições de Afaf Meleis e principais modelos e filosofias do cuidar em pediatria). Continua-se para o capítulo onde, por cada contexto clínico, é realizada uma caracterização do mesmo e descritas e analisadas as atividades executadas para o desenvolvimento e aquisição de competências especializadas. Sucede-se o capítulo que integra o projeto de intervenção, o seu desenho e implementação, ao longo de todos os contextos clínicos. Posteriormente, faz-se uma epítome reflexiva das competências especializadas e inerentes ao grau de mestre. Por fim, as considerações finais, nas quais avaliamos a consecução dos objetivos propostos, enumeramos aspetos facilitadores e dificultadores, e sintetizamos o que considerámos mais importante.

Este documento está redigido de acordo com as normas de elaboração e apresentação de trabalho escritos da Escola Superior de Saúde do IP de Portalegre e utiliza, para citações em texto e referências bibliográficas, o estilo ‘American Psychological Association’ - 7ª edição.

1 - ENQUADRAMENTO TEÓRICO

A prática clínica desenvolvida ao longo do percurso explanado neste relatório tem a sua fundamentação na evidência científica. Esta inter-relação entre teoria e prática é, segundo Bousso et al. (2014, p.1), "necessária para o desenvolvimento da Enfermagem como profissão e ciência". A revisão da literatura permite "aprofundar a compreensão do fenómeno de enfermagem em estudo" (Fortin, 2009, p.15) e também selecionar e explicar o modelo teórico de enfermagem que melhor sustenta a prática experienciada. Dada a especificidade da nossa área de atuação, é também pertinente selecionar modelos e filosofias do cuidar em pediatria.

Este capítulo inicia-se com a contextualização da temática (adolescência, saúde mental na adolescência e promoção da saúde mental na adolescência) e continua com a contextualização da Teoria das Transições de Afaf Meleis, naquele que é o nosso fenómeno em estudo. Por fim, temos os conceitos específicos da prática de enfermagem pediátrica onde salientamos o Modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey, a Filosofia de Cuidados Centrados na Família e a Filosofia de Cuidados Não Traumáticos.

1.1 - ADOLESCÊNCIA

Ser adolescente é estar entre a infância e a idade adulta. É estar em dois sítios e ao mesmo tempo, não estar em nenhum. E é neste vazio, vazio que tem tanto ainda por descobrir, que encontramos dificuldade em definir adolescência, conceito vasto e complexo (Sawyer et al., 2012).

A 'World Health Organization' [WHO] (1986), refere que adolescentes são todos aqueles com idade compreendida entre os dez e os dezanove anos. Dada a sua complexidade, a idade, por si só, não chega para definir adolescência. Necessitamos de outros elementos. Santos et al. (2021) diz-nos que a adolescência engloba fatores de desenvolvimento biológico, fatores de desenvolvimento cognitivo, fatores de desenvolvimento psicossocial (transições nos papéis sociais) e fatores de desenvolvimento emocional, que se inicia na puberdade e termina quando a aquisição de uma identidade e comportamento são aceites pela sociedade. Steinberg (2014), acrescenta que tudo isto acontece a diferentes ritmos e que, para acomodar diferentes fases de desenvolvimento, os cientistas sociais têm vindo a dividir a adolescência

em três partes: adolescência precoce (10-14 anos), adolescência intermédia (15-17 anos) e adolescência tardia (18-19 anos). Partes estas sem limites rígidos, interligadas de forma constante.

A maior parte do desenvolvimento biológico (caracterizado por transformações físicas marcadas) ocorre na adolescência precoce e precede o desenvolvimento psicossocial, mais visível na adolescência intermédia e que termina na adolescência tardia. Sawyer et al. (2012) acrescenta que as características do contexto envolvente e do próprio, vão influenciar a aquisição das capacidades cognitivas e da estruturação do processo de socialização. O tempo em que cada mudança ocorre também varia, levando cada adolescente a viver a sua adolescência de forma única e particular.

Cognitivamente, e de acordo com a Teoria de Desenvolvimento Cognitivo de Piaget (1972), é na adolescência precoce que se atinge o quarto estadio: o pensamento operatório formal. Este estadio reflete o início da capacidade de pensar além do real e do concreto, ou seja, de forma mais abstrata. É uma forma de pensamento organizado, de dedução, raciocinando sobre o possível e o provável e ampliando a realidade para lá dos factos concretos. Pela observação de acontecimentos no imediato consegue, em simultâneo, formular explicações e elaborar várias hipóteses. Consegue pensar sobre os seus pensamentos, confirmando a lógica dos mesmos e consciencializa-se que o seu modo de pensar é apenas um entre as muitas perspetivas que dependem como os outros apreendem a realidade. Piaget defende que o comportamento dos adolescentes resulta das mudanças na sua forma de pensar (Santos et al., 2021).

No que respeita ao desenvolvimento psicossocial, Erikson (1968) introduz no quinto estadio da sua teoria, a crise de identidade do adolescente. Durante este estadio, os adolescentes tornam-se mais independentes e procuram uma definição do seu ser e identidade pessoal através de uma exploração dos seus valores, crenças e objetivos. Querem pertencer e integrar a sociedade que os envolve. O processo de construção da personalidade manifesta-se pela independência a um nível comportamental (capacidade de resolver problemas e geri-los sem estar dependente de outros), emocional (libertação das necessidades de aprovação e suporte emocional pelos pais) e cognitivo (crença que se tem sobre a sua vida e capacidade exponencial para pensamento independente). Nesta transição de um estado de dependência para um estado de autonomia, Santos et al. (2021) destaca a influência do ambiente e o impacto das relações sociais.

Hockenberry e Wilson (2015) referem que, durante a construção da identidade pessoal, os adolescentes desenvolvem concomitantemente a sua identidade no grupo. Pertencer a um grupo ajuda o adolescente a identificar o seu papel na sociedade, permitindo a sua autonomia perante a família. Permite também o desenvolvimento do autoconceito, incorporando as múltiplas mudanças corporais na definição de si mesmo. O grupo de amigos tem grande influência na autoavaliação e no seu comportamento e embora exista uma emancipação familiar, esta continua a ter um papel importante na tomada de decisões pessoais e de saúde dos mesmos.

Ainda, segundo os autores referidos acima, é também nesta fase que se desenvolve a competência emocional. As emoções são variadas e imprevisíveis e a sua gestão/regulação vai sendo cada vez mais visível no final da adolescência. Os adolescentes vivem emoções intensas e, quando as expressam, o seu comportamento pode refletir sentimentos de insegurança, tensão e indecisão.

Resumindo, a adolescência é um período exigente de transição. As transições nos papéis, construindo uma identidade pessoal e na sociedade, são complexas e frágeis. Dependem de uma panóplia de variáveis e, dependendo do ambiente e experiência, podem ou não ser vividas e sentidas de forma equilibrada. É uma etapa crucial para o desenvolvimento e manutenção de hábitos sociais e emocionais, importantes para o bem-estar mental (WHO, 2021).

1.2 - SAÚDE MENTAL NA ADOLESCÊNCIA

De acordo com a ‘Organisation for Economic Co-operation and Development’ [OECD], a WHO preconiza que uma pessoa tem saúde mental quando conhece as suas capacidades, habilidades e tem resiliência para ultrapassar as dificuldades do dia a dia, conseguindo trabalhar com eficácia, contribuindo para o bem comum da comunidade, culminando com a sensação de bem-estar (2018). Globalmente estigmatizada, apesar do seu reconhecimento crescente, a saúde mental vai muito mais além da simples ausência de doença e é na verdade um conceito positivo de bem-estar. O bem-estar tem uma dimensão emocional, social e psicológica (Conselho Nacional de Saúde [CNS],2019).

Como noutros aspetos da saúde, também na saúde mental, vários são os fatores que a influenciam e vários são os modelos que tentam explicar a relação entre esses fatores. Em

2021, a UNICEF elaborou um modelo para melhor compreensão da saúde mental na infância e na adolescência – 'The State of the World's Children' (Figura 1). Enfatiza a importância das influências socioecológicas e também a importância vital da experiência e ambiente (pelo seu impacto em cada fase de desenvolvimento). Segundo este modelo, as primeiras influências acontecem ao nível da relação com os pais/cuidadores, passando depois para a relação com o meio envolvente próximo e posteriormente com o meio envolvente mais distal. Este último, onde estão os determinantes sociais mais abrangentes, começa por ter uma influência indireta (através da influência nos pais/cuidadores) e só a partir da adolescência passa a ter uma influência direta.

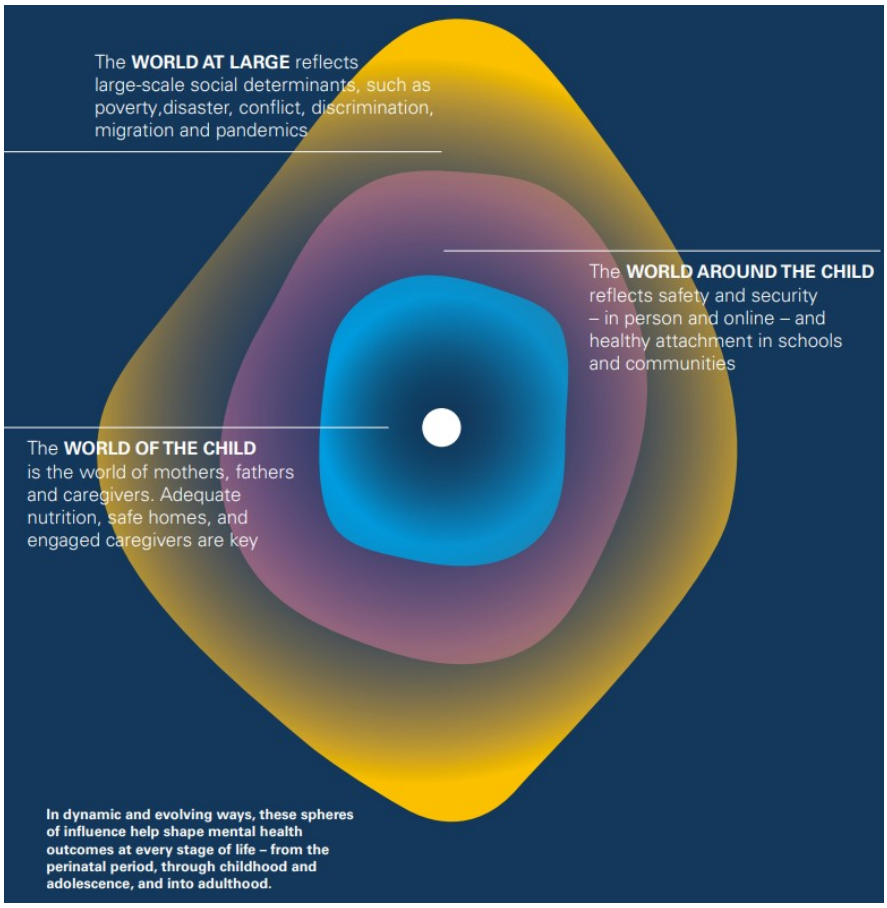

Figura 1: Modelo Ecológico: *The State of the World's children*. Fonte: "*On my mind – promoting, protecting and caring for children's mental health*" de UNICEF (2021, p.52)

Segundo o CNS (2019), o conhecimento sobre os fatores que influenciam e a forma como influenciam a saúde mental, oferece oportunidades únicas para promover e proteger a mesma. Isto porque muitos dos fatores que contribuem para a saúde mental são modificáveis. Consoante a potencial influência positiva ou negativa na saúde mental, estaremos perante

fatores de risco ou fatores protetores, os quais podem ter origem no próprio, na família e/ou no contexto. A UNICEF (2021) acrescenta que na adolescência, no contacto direto com o meio envolvente mais abrangente, são introduzidos novos fatores de risco e proteção, mas que é na relação com os pais e meio envolvente mais próximo que estão os fatores protetores mais importantes.

De acordo com a WHO (2021), os fatores que podem influenciar a saúde mental na adolescência são:

- a autoestima e o autoconceito;
- o percurso para a autonomia, a responsabilidade e a resolução de problemas;
- as competências socioemocionais
- a comunicação e afetividade familiar
- as redes de apoio (amigos)
- o maior acesso a tecnologia
- a identificação e estratégias de controlo da pressão social para comportamentos pouco saudáveis
- a integração e êxito escolar

Os fatores de risco têm um efeito cumulativo e quantos mais o adolescente evidenciar maior será o risco de desenvolver doença mental.

A UNICEF constata que os adolescentes são, na maioria das vezes, um segmento saudável da população. Ainda assim, as doenças mentais nos adolescentes (que têm tido um aumento progressivo) são significativas e fonte de grande sofrimento, interferindo com a saúde e com a sua capacidade de se desenvolverem. Estima-se que mais de 13% dos adolescentes têm uma doença mental diagnosticada e que ansiedade e depressão são 40% desses diagnósticos (UNICEF, 2021). A WHO (2021) acrescenta que o suicídio é a segunda causa de morte na adolescência tardia e que metade das condições em saúde mental iniciam-se por volta dos 14 anos de idade.

Em Portugal, dados do relatório ‘Health Behaviour in School - aged Children’ referem que: 11,6% dos jovens inquiridos disseram sentir-se tristes quase todos os dias; 8,7% revelaram tristeza extrema; 12,6% dos adolescentes sentiam-se preocupados todos os dias, várias vezes por dia; 23,8% referiam que nunca ou quase nunca sentem que as coisas correm como queriam; e 19,7% nunca ou quase nunca se sentiam confiantes com a sua capacidade para

lidar com problemas (Gaspar et al., 2022). Os adolescentes possuem sintomas de mal-estar, por vezes tristeza extrema, desregulação emocional e preocupações intensas. Os relatos de 'bullying' em Portugal também assumem uma dimensão preocupante (CNS, 2019). Estes dados mostram a importância de intervenções, dirigidas a adolescentes, que promovam a gestão e autorregulação das emoções, a resolução de problemas e a autoconfiança.

Nos últimos anos, ficou ainda mais alarmante a necessidade de intervenção. A pandemia provocada pela COVID-19 gerou, entre muitas outras coisas, sérias preocupações relativas à saúde mental dos adolescentes e suas famílias ('United Nations' [UN], 2020). De acordo com os mesmos autores, gerou também a oportunidade de uma ação direcionada para a promoção, prevenção e proteção da saúde mental dos nossos adolescentes.

1.3 - PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NA ADOLESCÊNCIA

A importância da promoção da saúde mental é sublinhada nas principais estratégias e planos de ação, tanto a nível internacional como em Portugal. Saúde Mental é um direito a ser protegido e promovido. Quando isto não acontece, o impacto na sociedade, nos adolescentes e nas suas famílias é incalculável (UNICEF, 2021). As consequências estendem-se à idade adulta, influenciando a saúde física e mental do próprio, limitando oportunidades e condicionando o seu papel na sociedade.

Apesar da "importância central no bem-estar e impacto transversal na sociedade, a saúde mental, e em particular a sua promoção, não tem sido considerada uma prioridade a nível das políticas de saúde e das comunidades" (CNS, 2019, p.1). Em Portugal, a DGS (2017) considera a saúde mental como programa de saúde prioritário. Contudo, as intervenções são feitas de forma isolada, não são sustentadas no tempo e carecem de uma abordagem integrada que assegure maior equidade. O Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 (com extensão a 2020) estabeleceu como meta o aumento em 30% do número de ações no âmbito dos programas de promoção da saúde mental (Ministério da Saúde, 2008). Em paralelo, o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil [PNSIJ], tendo como uma das suas linhas de atuação o desenvolvimento emocional, reforça a prioridade no investimento na "prevenção das perturbações emocionais e do comportamento (DGS, 2013, p.7).

A promoção da saúde mental deve acontecer ao longo do ciclo de vida (WHO, 2013). Na adolescência, as intervenções para promover a saúde mental visam fortalecer os fatores de

proteção e minimizar os fatores de risco. Um dos fatores protetores mais fortes nesta etapa do ciclo de vida continua a ser a parentalidade positiva. São necessários pais que apoiem, cuidem e protejam os seus filhos. Outros fatores protetores podem ser maximizados pela promoção do desenvolvimento de competências socioemocionais. Aqui, a DGS (2017), reforça a necessidade de intervir pois o desenvolvimento de competências socioemocionais permite aos adolescentes envolverem-se menos frequentemente em situações de risco, e desenvolverem competências para lidar com as situações de risco de forma mais eficaz e saudável (CNS, 2019).

A promoção da saúde mental deve ser sistémica e intersectorial (WHO, 2013), ou seja, no caso dos adolescentes, os programas de promoção da saúde mental devem resultar da sinergia entre diferentes sectores, com diferentes saberes e poderes, de modo a enfrentar os problemas mais complexos. Os programas devem estar incluídos nas famílias, comunidades e escolas, contextos estes que acompanham o adolescente naquela que é a sua transição para a idade adulta e em qualquer outra transição que possam experienciar.

1.4 - TEORIA DAS TRANSIÇÕES DE AFAF MELEIS

O fenómeno de enfermagem em estudo – Promoção da Saúde Mental na Adolescência – encontra na Teoria das Transições de Afaf Meleis [TTAM] a fundamentação para uma prática clínica de excelência. O modelo, que ora se descreve, foi o fio condutor do percurso realizado.

As transições integram o domínio da enfermagem quando relacionadas com saúde/doença ou quando as respostas à transição são comportamentos com influência na saúde (Chick & Meleis, 1986). Se por um lado temos, como descrito acima, a adolescência como uma transição, por outro, Meleis (2007) constata a capacidade única do enfermeiro para identificar esse momento e torná-lo mais saudável. Este modelo teórico é uma “ferramenta que permite ao enfermeiro compreender os fatores envolvidos num processo de transição e que possibilitem a promoção da saúde” (Bittencourt et al., 2018: 129).

Transição é, para Chick & Meleis (1986), a passagem de um estado, condição ou lugar para outro. Ainda segundo as mesmas autoras, é o processo que conduz à incorporação das mudanças na essência do ser e do estar da pessoa que experiencia a transição. O processo

de transição implica mudança na vida, na saúde, nas expectativas, no ambiente, ou nas capacidades (Meleis, 2007).

Dada a complexidade, diversidade e singularidade do processo de transição, vários são os significados gerados, determinados pela perceção de cada pessoa. A TTAM é um modelo dinâmico que explora os tipos da transição, padrões e suas propriedades. Explora também condições (inibidoras ou facilitadoras) da transição, padrões de resposta (indicadores do processo e do resultado saudáveis), e intervenções de enfermagem (Figura 2).

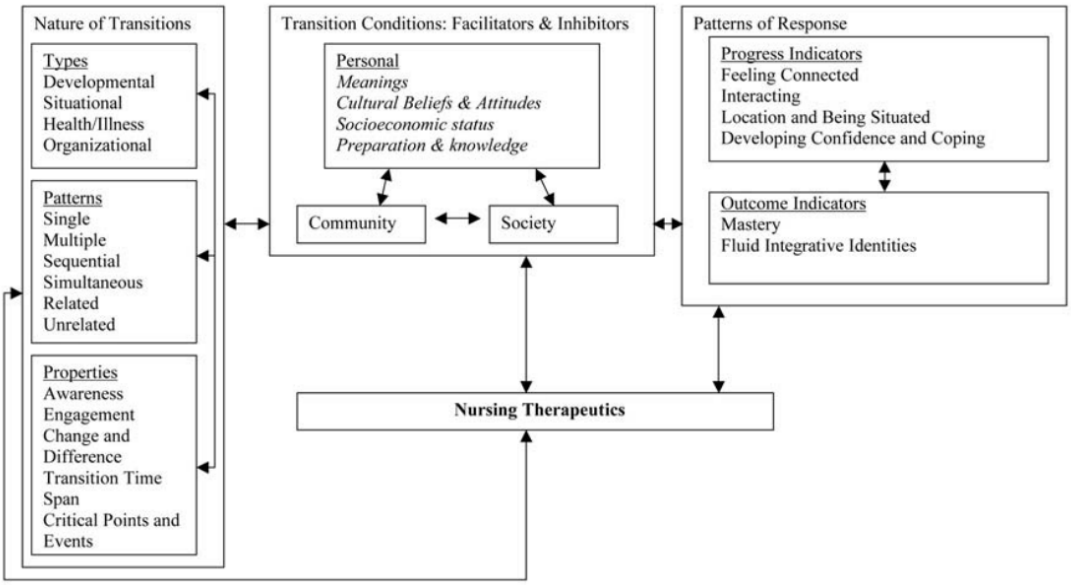

Figura 2: Teoria das transições de Afaf Meleis. Fonte: Meleis A. – Transitions Theory: Middle Range and Situation Specific Theories in Nursing Research and Practice (2010, p.56)

Segundo Meleis (2007), as transições podem ser de diversos tipos: Desenvolvimento (compreendem processos de maturação no ciclo vital); Situacional (relacionadas com acontecimentos previsíveis ou não, que originam alterações de papéis); Saúde/Doença (precipitadas pela passagem de um estado de bem-estar para um estado de doença); e/ou Organizacional (relacionada com o ambiente social, económico ou político). Ainda de acordo com a mesma autora, também os padrões podem ser vários. As transições podem acontecer num único momento, de forma simultânea ou numa sequência, estando ou não relacionadas entre si. Por último, as propriedades das transições - consciencialização, envolvimento, mudança e diferença, tempo da transição e acontecimentos e pontos críticos - as quais são essenciais às experiências de transição.

Particularizando para o fenómeno em estudo, os momentos de transição na adolescência podem ser múltiplos e refletem mudanças que influenciam a saúde. Temos uma transição do tipo de desenvolvimento sempre associada, mas outras podem estar presentes em simultâneo.

Embora consigamos categorizar e identificar as transições, as mesmas não são vivenciadas da mesma forma. A dimensão em que a pessoa as perceciona é única e singular (Meleis, 2010).

As mudanças que ocorrem durante as transições têm naturezas específicas, como identidade, papel, relações, capacidades, padrões de comportamento, estrutura, função e dinâmica (Meleis et al., 2000). Impõe um envolvimento da pessoa no processo de adaptação, integração de novos conhecimentos, restruturação de comportamentos e autoconceito no contexto social (Meleis et al., 2000). A transição pode iniciar-se ainda na antecipação da mudança e termina quando a estabilidade no novo estado é atingida.

Qualquer que seja a transição experienciada, os adolescentes ficam mais vulneráveis ao que os rodeia e consequentemente mais expostos a riscos na sua saúde e bem-estar (Meleis, 2007). As transições geram stress e o adolescente mobiliza as suas forças internas e externas para uma adaptação às mudanças (podendo surgir estratégias de coping). Os processos de transição podem ser influenciados por diversas condições facilitadoras (fatores protetores) ou inibidoras (fatores de risco).

Condicionantes pessoais, da comunidade e sociedade poderão facilitar ou dificultar a transição saudável e a sua compreensão é de grande interesse para a atuação do enfermeiro (Meleis, 2007). Dentro dos condicionantes pessoais temos a avaliação subjetiva da transição (significados), as expetativas, nível de conhecimento e planeamento (antecipatório ou durante o processo de transição). Os condicionantes da comunidade e sociedade refletem-se no ambiente sociocultural, com o suporte familiar e social a ter um papel importante no dificultar ou facilitar a transição (Meleis, 2010).

Meleis (2007) constata que a transição saudável será a perceção de conforto na nova identidade e é assim determinada pelos padrões de resposta da pessoa, expressos em indicadores de processo e resultado, ao processo de transição. Os indicadores de processo permitem a avaliação da resposta ao processo de transição, identificando se esse processo

promoveu saúde e bem-estar ou se, pelo contrário, evidenciou riscos e situações de vulnerabilidade (Meleis et al., 2000). Para avaliar os resultados deste processo é importante avaliar a forma como a pessoa domina as novas habilidades e como reconstrói a sua identidade. Os indicadores de resultado para transições atingidas são o bem-estar subjetivo (emoções positivas), a mestria num determinado papel e o bem-estar nas relações (Meleis et al., 2000).

Indo ao encontro do referido por Meleis et. al. (2000), a transição tem uma característica essencialmente positiva. O adolescente termina a transição com uma maior maturidade, maior equilíbrio e estabilidade.

De forma a garantir que esses resultados sejam conseguidos, surgem as intervenções de enfermagem. Segundo Meleis et al., (2000), estas são ações interventivas continuas no decorrer do processo de transição, podendo o enfermeiro atuar nos períodos antecipatórios (de preparação para a mudança de papeis e de prevenção de efeitos negativos) ou durante a transição (fornecendo conhecimento por exemplo). Em qualquer que seja o momento, o foco está no cuidado transicional (preocupação com os processos de transição do ser e da vasta compreensão do enfermeiro sobre a pessoa que experienciou a transição). O enfermeiro é um agente facilitador do processo de transição (Meleis, 2007). A compreensão da transição experienciadas na individualidade de cada um é fundamental para a intervenção do enfermeiro. Cada transição é única, complexa e multidimensional. Observamos assim a interligação e influência mútua de todos os conceitos do modelo teórico.

Particularizando uma vez mais para o fenómeno em estudo, o enfermeiro deve identificar, na transição, os significados, as crenças e acontecimentos críticos. Isto no sentido de expandir a compreensão sobre como os adolescentes enfrentam as transições e como o ambiente afeta esse percurso. Conhecendo estes padrões, o enfermeiro pode avaliar, planear e implementar estratégias de promoção de saúde. Os cuidados transicionais passam por estratégias que permitam o aumento da consciencialização e envolvimento do adolescente (entender o próprio processo de transição), promover a preparação antecipatória e facilitar a aquisição de conhecimento e habilidades.

1.5 - CONCEITOS, MODELOS E FILOSOFIAS DO CUIDAR EM PEDIATRIA

O cuidado de enfermagem em pediatria associa-se ao cuidado de enfermagem transicional no alicerçar daquele que é o nosso fenómeno em estudo. Adicionalmente, tem a particularidade de ser transversal a todo o percurso formativo, o que salienta a pertinência do enquadramento que se segue.

O cuidado em pediatria é indissociável do binómio criança/jovem e família e elege a filosofia dos Cuidados Centrados na Família [CCF] como fundamental nesta área de atuação qualquer que seja o contexto: hospital, unidade de cuidados continuados, escola, domicílio etc. (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2017).

Criança é "toda a pessoa com menos de 18 anos de idade, sendo que em caso de doença crónica, incapacidade e deficiência até aos 21 ou 25 anos e/ou até que a transição apropriada para a vida adulta esteja conseguida" (OE, 2017, p.4); e a família "compreende o conjunto de indivíduos que possui a responsabilidade de prestar cuidados à criança/jovem, exercendo uma forte influência no seu crescimento e desenvolvimento" (OE, 2017, p.4).

A filosofia dos CCF defende que a família é uma constante na vida da criança/jovem e como tal será também alvo de cuidados (Hockenberry & Wilson, 2015). O enfermeiro suporta a família no seu papel natural de prestador de cuidados e de tomada de decisão e considera as necessidades da família no cuidado que presta.

Os dois conceitos básicos desta filosofia são, segundo Hockenberry & Wilson (2015), a capacitação e o empoderamento. O primeiro, traduz-se em incentivar todos os membros da família a revelar as suas competências e em conseguir que adquiram novas capacidades para dar resposta às necessidades da criança/jovem. O segundo, revela-se na manutenção ou aquisição de controlo, sobre as suas vidas e no reconhecimento das mudanças positivas, resultantes de comportamentos de ajuda.

Especificando a parceria que se desenvolve dentro do foco de cuidados, introduzimos o modelo de parceria de cuidados de Anne Casey. Este, de acordo com Casey (1993) decorre da filosofia dos CCF e reflete um processo de negociação e consequente construção de uma relação de parceria, entre o enfermeiro e a família, com base na confiança, respeito e comunicação. Ainda segundo a mesma autora, esta parceria está relacionada com um

processo ativo que solicita participação e concordância de todos os parceiros, em defesa de objetivos comuns. Tem como premissa, o respeito pelos desejos da criança/jovem e família, assim como, as suas necessidades.

Casey (1993) reconhece os pais como os melhores prestadores de cuidados à criança e defende que cuidados envolvidos em proteção, estímulo e amor, são essenciais ao crescimento e desenvolvimento da criança. Este modelo tem como base cinco conceitos: a criança, a família, a saúde, o meio ambiente e o/a enfermeiro/a pediátrico/a.

Os cuidados prestados pelos pais ou outros familiares, são denominados cuidados familiares e incluem todos os cuidados prestados para dar resposta às necessidades diárias da criança (Casey, 1993). Em algumas circunstâncias, os pais ou familiares realizam cuidados da esfera de enfermagem, após ensino e instrução, e com supervisão do enfermeiro (Casey, 1993). O mesmo pode acontecer com os cuidados familiares, que na ausência ou incapacidade dos pais, são prestados pelo enfermeiro.

A integrar os princípios dos CCF surge também a filosofia de Cuidados Não Traumáticos [CNT]. Os CNT têm como objetivo primordial não causar dano. Referem-se a cuidados, cujas intervenções reduzem ou eliminam o desconforto psicológico (como o medo, ansiedade, tristeza, vergonha, culpa ou raiva), e o desconforto físico (como a sonolência, e imobilização até distúrbios sensoriais como a dor, temperaturas extremas, ruídos fortes, luzes brilhantes ou escuridão) experienciados pela criança. Minimizar a separação da criança e família, minimizar a dor e a lesão corporal, e incentivar a sensação de controlo, são estratégias associadas a esta filosofia (Hockenberry & Wilson, 2015).

Particularizando para o fenómeno em estudo, temos a adolescência integrada no cuidado em pediatria e em todas e filosofias e modelo descritos. Apesar da crescente autodeterminação para as escolhas em saúde, é na família que o adolescente encontra a maior parte dos fatores de proteção. Considerando um equilíbrio entre autonomia e responsabilidade progressiva do adolescente e diminuição do controlo parental, há que focar o cuidado no binómio, empoderando e capacitando para o melhor estado de saúde de ambos. No que respeita aos CNT, consideramos que as estratégias a utilizar na promoção da saúde mental convergem no mesmo objetivo.

Complementando a fundamentação do nosso projeto, as filosofias e modelo listados nortearam o desenvolvimento da prática clínica nos vários contextos, permitindo um cuidado na verdadeira essência da pediatria.

1.6 - ATUAÇÃO DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

O cuidar em pediatria acima explanado define o escopo de atuação do EEESIP. Impera agora a necessidade de contextualizar o exercício profissional para uma clara fundamentação das escolhas relativas à nossa atuação no fenómeno em estudo e no restante percurso formativo.

O quadro de referência do exercício profissional do EEESIP tem o seu cerne no Estatuto da OE (Lei n.º 156, 2015); no Regulamento para o Exercício Profissional do Enfermeiro ([REPE] Decreto-Lei n.º 104, 1998); no Regulamento das Competências Comuns (Regulamento n.º 140, 2019) e Específicas (Regulamento n.º 422, 2018) dos Enfermeiros Especialistas; e nos Padrões de Qualidade dos Cuidados de Enfermagem Especializados (OE, 2017).

Segundo o REPE, o enfermeiro especialista é o enfermeiro "a quem foi atribuído um título profissional que lhe reconhece competência científica, técnica e humana para prestar, além de cuidados de enfermagem gerais, cuidados de enfermagem especializados na área da sua especialidade" (Decreto-Lei n.º 104, 1998, p.1742).

O contexto de atuação do EEESIP é multiprofissional, o que se enquadra nas intervenções de enfermagem. Estas são, segundo o REPE, autónomas e interdependentes. Diferem no emissor da prescrição do cuidado e o enfermeiro tem, de acordo com a sua competência técnica, científica e humana, autonomia para decidir sobre a sua implementação (Nunes, 2016). Nas intervenções autónomas, o processo de prescrição é iniciado pelo enfermeiro e nas intervenções interdependentes, por outro profissional de saúde. As intervenções interdependentes são os cuidados prestados pelos enfermeiros, em conjunto com outros técnicos de saúde.

A atuação do EEESIP difere da atuação do Enfermeiro de Cuidados Gerais [ECG] naquela que é a profundidade dos conhecimento e competência na sua área de

especialização. Para além de profundos, são completos e especializados (conhecimento avançado e competência avançada).

O EEESIP com conhecimento avançado domina princípios, conceitos, teorias e práticas da enfermagem de saúde infantil e pediátrica. É proficiente na tomada de decisão em situações complexas, na liderança, na investigação (baseia a sua práxis em evidência) e no desenvolvimento da disciplina e da formação especializada. A combinação destas características permite que faça mudanças positivas na prática de Enfermagem, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem como por exemplo, o desenvolvimento e implementação de políticas de saúde (Regulamento n.º 140, 2019).

2 - DE ENFERMEIRA DE CUIDADOS GERAIS A ENFERMEIRA ESPECIALISTA – O PERCURSO DE CONSTRUÇÃO DE COMPETÊNCIAS ESPECIALIZADAS EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

O percurso de construção de competências especializadas em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica foi desenvolvido ao longo da UC Estágio 1 e UC Estágio Final, no total de quatro contextos clínicos.

O Estágio 1 decorreu numa Unidade de Cuidados na Comunidade, mais especificamente na área de intervenção da Saúde Escolar (16 de maio de 2022 a 24 de junho de 2022). O Estágio Final decorreu numa Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (19 de setembro de 2022 a 28 de outubro de 2022); numa Unidade de Urgência Pediátrica (31 de outubro de 2022 a 9 de dezembro de 2022); e numa Unidade de Internamento de Pediatria (12 dezembro de 2022 a 3 fevereiro de 2023).

Com esta escolha, e tendo por base o nosso percurso profissional prévio e os nossos interesses atuais, quisemos expandir a nossa experiência, desafiar os nossos conhecimentos e abranger a maior diversidade, naquela que é a atuação possível do EEESIP.

Transversal a todos os contextos clínicos, temos como objetivo geral: Desenvolver competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica.

Segue-se a partilha reflexiva daquele que foi o percurso construído. Para uma maior fluidez na leitura dividimos o capítulo em quatro partes, cada uma correspondente a um contexto clínico. Em cada um dos contextos fazemos uma exposição e reflexão das atividades e competências especializadas desenvolvidas, em resposta aos objetivos delineados. O planeamento e cronograma de atividades por contexto pode ser consultado no Apêndice I.

A informação que se segue, espelha a nossa vivência e advém da observação direta, da pesquisa bibliográfica contínua, da formação adicional, dos documentos institucionais e da voz de todos os profissionais com os quais nos fomos cruzando.

A formação adicional a este ciclo de estudos permitiu um conhecimento avançado sobre aspetos de interesse particular (desenvolvimento ao longo do ciclo de vida, impacto das tecnologias no desenvolvimento, adolescência positiva e maus-tratos infantis) e consequentemente, na práxis clínica, uma competência mais especializada nestas áreas.

As atividades de formação adicional desenvolvidas foram:

- Curso de Pediatria de Ambulatório - do Nascimento à Adolescência promovido pelo Centro Hospitalar Vila Nova de Gaia/Espinho, no total de 8 horas;
- Workshop Online "Adolescência Positiva" promovido por Academia 108, no total de 3 horas;
- 'Webinar' "Prevenção de maus-tratos infantis. O papel da Enfermagem" promovido pela Associação Portuguesa de Enfermagem Pediátrica e Neonatal [APEPEN], no total 2h;
- 'Webinar' "O impacto das novas tecnologias no desenvolvimento da criança" promovido pelo CRIAP, no total de 1 hora.

2.1 - UNIDADE DE CUIDADOS NA COMUNIDADE: SAÚDE ESCOLAR

A Unidade de Cuidados Continuados [UCC] integra um Agrupamento de Centros de Saúde [ACES] pertencente à Administração Regional de Saúde de Lisboa e Vale do Tejo [ARSLVT].

Os ACES foram criados em 2008 e são serviços de saúde com autonomia organizativa desconcentrados da respetiva Administração Regional de Saúde. São constituídos por várias Unidades Funcionais (Unidade de Saúde Familiar [USF]; Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados; UCC; Unidade de Recursos Assistenciais Partilhados [URAP]; Unidade de Saúde Pública [USP]) e têm como missão garantir a prestação de cuidados de saúde primários à população da sua área geográfica (Decreto-Lei n.º 28, 2008).

A UCC é dirigida aos residentes da sua área de influência abrangendo as cinco freguesias do concelho. Tem como finalidade garantir aos cidadãos da sua área de influência cuidados de saúde de qualidade centrados na pessoa/família/comunidade nas áreas da promoção da saúde, da prevenção da doença e da reabilitação (Serviços Partilhados do Ministério da Saúde, 2023).

É dotada de autonomia organizativa e técnica, funcionando em rede com as outras unidades funcionais do ACES. Integram esta unidade enfermeiros, médicos e assistentes técnicos. Colaboram também, disponíveis através da URAP, técnicos de serviço social, psicólogos, nutricionistas, fisioterapeutas, terapeutas da fala e higienista oral.

Toda a UCC está integrada e organizada num único piso, sendo os vários gabinetes distribuídos pelas diferentes áreas de intervenção. No mesmo piso onde está instalada a UCC existem espaços comuns como o armazém, onde está o material de consumo clínico e farmacêutico.

A sua intervenção está orientada para os Programas de Saúde da Direção Geral de Saúde [DGS], Plano Nacional de Saúde e Plano Regional e Local de Saúde. Desenvolve atividade em áreas de intervenção específicas: Equipa de Cuidados Continuados Integrados; e Saúde Escolar [SE]. Para além disso, participa e intervém noutras áreas: Núcleo de Apoio às Crianças e Jovens em Risco [NACJR]; Comissão de Proteção de Crianças e Jovens [CPCJ]; Serviço Nacional de Intervenção Precoce na Infância [SNIPI]: Equipa Local de Intervenção [ELI]; e Projeto da Equipa de Prevenção da Violência do Adulto.

O foco deste contexto clínico foi a área de intervenção da SE. Esta atua em conformidade com o Programa Nacional de Saúde Escolar [PNSE] no âmbito da promoção e proteção da saúde e prevenção da doença na comunidade educativa. Com o objetivo de criar condições favorecedoras da saúde e bem-estar em toda a comunidade educativa, o programa é implementado em parceria com os múltiplos setores que contribuem para a saúde em contexto escolar, na resolução ou referenciação de problemas detetados (DGS, 2015).

A população alvo é a comunidade educativa (crianças, alunos/as, pessoal docente e não docente, pais/mães ou encarregados/as de educação [EE]) dos Estabelecimentos de Educação e Ensino do Ministério da Educação: Agrupamentos Escolares e Escolas não Agrupadas [AE].

A equipa de SE é constituída por três enfermeiros. Um EEESIP, um Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Comunitária [EEEC] e um ECG. No contexto de pandemia provocada pela COVID-19, a atividade da SE foi suspensa, o EEEC foi alocado à USP e o ECG ficou ausente por tempo indeterminado. A equipa ficou assim reduzida ao

EEESIP, que retomou a atividade da SE pouco antes do início do nosso estágio. Isto, para contextualizar as opções que fomos fazendo, no que respeita a atividades planeadas/desenvolvidas. O método de trabalho da equipa de enfermagem é misto, utilizando metodologia projeto na capacitação para as tomadas de decisão em saúde a grupos e método do enfermeiro de referência para intervenção individual. Os indicadores de qualidade da SE são os contemplados no PNSE, estando os mesmos, à data do estágio, suspensos até início do novo ano letivo. De referir ainda que os registos de enfermagem são realizados no sistema informático SClínico®.

Foi realizada uma reunião com o/a enfermeiro/a coordenador/a da UCC e EEESIP orientador onde foram apresentados e discutidos os objetivos e atividades propostas por nós. Com a finalidade de apurar a multidimensionalidade de atuação do EEESIP nos cuidados de saúde primários [CSP], organizámos momentos de observação da dinâmica de outras valências do ACES na área da SIP (ELI; NACJR; e USF: Consulta do adolescente). Estes momentos contribuíram para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados, pois abriram novos caminhos que se interligam, naquela que é a abordagem holística do cuidar.

Para este contexto clínico, foram delimitados como objetivos específicos:

- percecionar os cuidados de enfermagem especializados prestados na equipa de SE;
- prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família em contexto escolar.

Averiguámos/estudámos vários programas da DGS relacionados com a SIP (PNSIJ, SNIPI, Plano Nacional de Vacinação [PNV], Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco), aos quais tivemos necessidade de recorrer para fundamentar cuidados prestados (DGS, 2013; Decreto-Lei n.º 281, 2009; DGS, 2020; Despacho n.º 31292, 2008). O programa que norteou este contexto clínico foi essencialmente o PNSE (DGS, 2015).

A ação do PNSE estrutura-se em seis eixos: Capacitação; Ambiente escolar e saúde; Condições de saúde; Qualidade e Inovação; Formação e investigação em Saúde Escolar; e Parcerias. Os três primeiros eixos são nucleares e os restantes complementares e transversais (DGS, 2015). Sendo um programa baseado na metodologia de projeto, em cada eixo, desenvolvem-se áreas de intervenção e objetivos operacionais, aos quais correspondem estratégias de intervenção.

Referência particular à área de intervenção 'Saúde mental e competências socioemocionais' (eixo da Capacitação) que foi trabalhada no âmbito do projeto de intervenção, e como tal, descrita em capítulo próprio.

Trabalhar o PNSE é, em si só, uma oportunidade para o desenvolvimento das competências comuns e específicas do EEESIP.

A nossa intervenção incidiu, essencialmente, nos eixos estratégicos nucleares. Dada a conjuntura pós-pandemia, dentro dos eixos nucleares, o EEESIP orientador teve necessidade de priorizar o eixo estratégico 'Condições de Saúde', mais especificamente a área de intervenção 'Necessidades de Saúde Especiais' [NSE]. Por este motivo, tivemos oportunidade de, em articulação com a comunidade educativa, elaborar vários Planos de Saúde Individuais [PSI].

O PSI, elaborado para cada criança/jovem com NSE "avalia o impacto das condições de saúde na funcionalidade e identifica as medidas de saúde a implementar para melhorar o seu desempenho escolar, tendo em conta os fatores ambientais, facilitadores ou barreira, do contexto escolar (DGS, 2015, p.44). Com esta atividade proporcionámos conhecimento e aprendizagem de habilidades especializadas e individuais às crianças/jovens e famílias, facilitando o desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença.

Em muitas das situações, foram identificadas alterações do crescimento e desenvolvimento infantil. Depois desta identificação foi feita uma avaliação e delineadas estratégias, com a família e escola para a maximização do potencial de desenvolvimento infantojuvenil. Fomos encontrando crianças/jovens e famílias de diferentes idades, em distintas etapas de desenvolvimento, de vários contextos culturais, socioeconómicos e com diversos níveis de literacia. Esta panóplia de possíveis combinações trouxe um desafio para a utilização de uma comunicação empática e de diversas técnicas apropriadas aos diferentes contextos e idades. Sendo a adolescência uma área de particular interesse, sentimos maior facilidade no incentivo à comunicação expressiva de emoções neste grupo. Num caso em particular foi necessário reforçar a imagem corporal positiva e a tomada de decisão responsável.

Aproveitámos todas as oportunidades para trabalhar com a criança/jovem e família a

adoção de comportamentos potenciadores de saúde. Um exemplo são as crianças/jovens diagnosticadas com Diabetes Mellitus Tipo 1, onde a adoção de estilos de vida saudáveis (alimentação, exercício, sono) são de extrema importância.

Elaborámos um estudo de caso, onde foi possível avaliar a estrutura e o contexto do sistema familiar de um adolescente em particular. Foi também possível avaliar conhecimentos e comportamentos do jovem e família relativos à saúde e iniciar a negociação de um contrato de saúde com os envolvidos.

A atuação do EEESIP orientador reflete a filosofia dos CCF. Vários foram os momentos onde incentivámos a participação da criança/jovem e família em todo o processo de tomada de decisão, assim como, o assumir do seu papel na sua saúde.

Sempre que identificámos situações de crianças e jovens que não cumpriam o PNSIJ e/ou o PNV, foi feito o encaminhamento para a sua Unidade de Saúde. Um dos papéis do EESIP, passa também, por identificar e encaminhar as crianças/jovens que necessitam de cuidados de outros profissionais. A identificação de evidências fisiológicas e emocionais de mal-estar psíquico foram uma prática recorrente, dado o elevado número de situações acompanhadas por nós. Várias foram as articulações feitas com o médico de família, médicos de especialidade (no hospital), nutricionista, psicóloga, terapeuta ocupacional e da fala, fisioterapeuta, entre outros.

A referenciação de crianças/jovens com incapacidades e doença crónica para instituições de suporte e para cuidados de especialidade deu-nos a oportunidade de estabelecer pontes com os recursos comunitários. A referenciação pela SE é diretamente efetivada no sistema informático SClínico®. A referenciação formal à equipa de SE, por outro lado, envolve a articulação com a equipa de Saúde Familiar. Pode ser iniciada pelos serviços de saúde, pelos pais/mães e/ou EE (DGS, 2015).

Outro momento proporcionador de aprendizagem foi a participação na Consulta do Adolescente. Esta tem horário ao final do dia e destina-se, não só aos inscritos na USF onde acontece, mas a todos os adolescentes residentes no concelho. Realizada por médico e enfermeiro com formação específica, promove uma adolescência saudável, dando apoio sobretudo na área da sexualidade. Aqui a confidencialidade assume uma dimensão de grande importância.

Seguindo um modelo de entrevista estruturado – 'HEEADSSS' (Goldenring & Rosen, 2004) - foi possível fazer uma entrevista ao adolescente, avaliando as necessidades atuais, promovendo a sua autodeterminação para as escolhas em saúde e também estilos de vida saudáveis. Segundo os mesmos autores, o 'HEEADSSS' permite uma avaliação psicossocial rápida e eficaz abordando os seguintes aspetos:

- H – 'Home' (casa)
- E - 'Education/Employment' (escola e emprego)
- E – 'Eating' (alimentação)
- A – 'Activities' (relacionadas com os pares)
- D – 'Drugs' (drogas)
- S – 'Sexuality' (sexualidade)
- S – 'Suicide' (depressão, suicídio)
- S – 'Safety' (acidentes, violência)

Os registos foram sempre efetuados em SClínico®, sistema que não conhecíamos e/ou dominávamos. Estes registos informáticos são de extrema importância pois providenciam, em tempo real, informação sobre o adolescente, necessária ao processo de tomada de decisão (Bailas, 2016). Permite também uma continuidade e maior qualidade nos cuidados prestados. O contacto gradual com este sistema de informação foi permitindo uma maior segurança da nossa parte na sua utilização.

Outro sistema informático que tivemos oportunidade de conhecer e manipular foi o Glintt®, plataforma onde foram feitos os registos relativos aos recursos materiais (consumos clínicos, consumos não clínicos e medicação) de toda a UCC. Houve sempre um especial cuidado para que os stocks se mantivessem de acordo com os gastos diários expectáveis.

Contribuímos, num outro momento, para a criação de um ambiente mais seguro nas escolas. No âmbito do eixo estratégico "ambiente escolar e saúde" na área de intervenção 'prevenção dos acidentes e primeiros socorros', dinamizámos uma sessão de formação com o tema: Suporte Básico de Vida e Primeiros Socorros. A população alvo foi o pessoal não docente de uma escola do concelho (pré-escolar e primeiro ciclo). O plano de sessão já estava elaborado pelo EEESIP pelo que colaborámos na sessão propriamente dita e depois na avaliação. A avaliação sobre os conteúdos da sessão foi contínua ao longo da mesma e associou-se, no final, a um quiz interativo e informal. Através destes momentos percebemos

que a informação foi apreendida. A avaliação da formação e do desempenho do formador foi feita através de um questionário construído por nós e disponibilizado online. Estiveram presentes 13 pessoas. A apreciação global da formação foi muito boa assim como todos os itens avaliados relativos ao formador (Apêndice II).

Outra grande aprendizagem desenvolvida foi no apoio à inclusão de crianças e jovens com necessidades de saúde e educativas especiais. Tivemos o privilégio de integrar a Equipa Multidisciplinar de Apoio à Educação Inclusiva [EMAEI] e dar o nosso contributo nas situações expostas nas reuniões semanais. A EMAEI sustenta a sua existência na necessidade de cada escola reconhecer a positividade na diversidade dos seus alunos, "encontrando formas de lidar com essa diferença, adequando os processos de ensino às características e condições individuais de cada aluno, mobilizando os meios de que dispõe para que todos aprendam e participem na vida da comunidade educativa" (Decreto-lei n.º 54, 2018).

No âmbito do SNIPI, tivemos oportunidade de acompanhar a ELI numa das suas reuniões semanais. A ELI referencia as crianças e jovens para a equipa de SE e vice-versa. A intervenção precoce na infância "é dirigida às crianças até aos 6 anos de idade com alterações ou em risco de apresentar alterações nas estruturas ou funções do corpo, tendo em conta o seu normal desenvolvimento" (Decreto-Lei n.º 281, 2009, p.7298). Consiste num conjunto de medidas de apoio integrado centrado na criança e na família, incluindo ações de natureza preventiva e reabilitativa, designadamente no âmbito da educação, da saúde e da ação social. À saúde compete assegurar a deteção, sinalização e acionamento do processo e o encaminhamento de crianças e jovens para consultas ou centros de desenvolvimento, para efeitos de diagnóstico, orientação especializada, entre outros" (DGS, 2015, p.43). Tivemos oportunidade de observar que a cada criança e família é atribuído um mediador de caso, que apoiado pela equipa, fica responsável pela comunicação com a família, pela realização do Plano Individual da Intervenção Precoce e pela articulação com outros recursos da comunidade.

Num outro momento, tivemos a possibilidade de participar na reunião do NACJR, a qual nos permitiu identificar/reconhecer situações de risco para a criança e jovem. Estas situações comprometem a saúde, ameaçam a segurança, dignidade e desenvolvimento a vários níveis. O planeamento passava por acompanhar a equipa numa visita domiciliária [VD], o que não foi possível dado os escassos recursos humanos disponíveis.

O NACJR é constituído por uma equipa multidisciplinar que polariza motivações e saberes sobre maus-tratos em crianças e jovens, integrando uma interface na articulação e cooperação entre serviços e instituições (Despacho n.º 31292, 2008). A equipa é constituída pelo médico, enfermeiro, psicólogo e técnico de serviço social. O NACJR tem como objetivo a promoção dos direitos e a proteção das crianças e dos jovens, em geral, e das que se encontrem em situação de risco ou perigo, em particular. O modelo de intervenção em crianças e jovens em perigo estabelece três níveis, articulados e complementares. A intervenção do NACJR está no primeiro nível. No segundo nível está a intervenção da CPCJ e no terceiro nível, a intervenção judicial (Lei n.º 147, 1999).

Queremos destacar um outro aspeto resultante do acompanhamento do NACJR. Por si só, a criança/jovem, é vulnerável no desafio que é a sua tomada de decisão individual e autonomia (muito condicionado pelos diferentes estádios de desenvolvimento), sendo este papel inerente também à família. Aprendemos que, quando referenciadas à entidade supracitada, essa vulnerabilidade fica ainda mais exposta. Nas situações observadas, para além da vulnerabilidade inerente ao estadio de desenvolvimento, acrescentamos o papel ineficaz da família na proteção dessa vulnerabilidade. É da nossa responsabilidade a certificação da presença da autonomia para a tomada de decisão, promover a integração da criança/jovem nas tomadas de decisão que a eles dizem respeito e prestar cuidados centrados na família, sempre com o objetivo do interesse superior da criança/jovem. Em paralelo, especial foco no direito à sua privacidade.

O consentimento informado das crianças/jovens, pais/mães e/ou EE acompanha o PSI, assim como qualquer intervenção realizada pelo NACJR e pela ELI.

Por último, ficámos muito sensibilizados face à escassez de recursos humanos, especialmente de enfermeiros. Utilizar os poucos recursos nas respostas às múltiplas necessidades foi um grande desafio para nós. Foi um caminho de resiliência para uma otimização dos cuidados prestados. Sentimos necessidade de estabelecer prioridades, de adotar estilos de liderança na equipa de saúde nunca experienciados. O sentimento de impotência prevaleceu perante os cuidados que não conseguimos prestar, mas a realização face aos cuidados onde conseguimos chegar foi colossal.

De forma sumária, o acima exposto enquadra-se maioritariamente em duas das competências específicas do EEESIP (Regulamento n.º 422, 2018): assiste a criança/jovem

na maximização da sua saúde (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; e 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); e presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (promover o crescimento e desenvolvimento da criança/jovem; promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde; e comunica com a criança e família de forma apropriada ao estádio de desenvolvimento e à cultura).

No que às competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140, 2019) diz respeito, a vivência acima refletida enquadra-se predominantemente no domínio da responsabilidade profissional ética e legal (garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais) e no domínio da gestão dos cuidados (adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados).

2.2 - UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

A Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais [UCIN] integra o Departamento de Pediatria de uma unidade hospitalar central pertencente à ARSLVT. A unidade hospitalar serve uma população estimada de trezentos e cinquenta mil habitantes dos concelhos adjacentes. Considerada unidade de Apoio Perinatal Diferenciado, dá resposta, na área da neonatologia, a uma maior abrangência populacional. É também uma unidade hospitalar certificada pela UNICEF como Hospital Amigo dos Bebés.

A Unidade de Cuidados Intensivos Pediátricos agrupa-se com a UCIN numa única unidade funcional permitindo uma melhor gestão dos recursos materiais e humanos existentes. Possui um total de dezanove vagas divididas por três salas. Cinco vagas de cuidados intensivos neonatais, dez vagas de cuidados intermédios neonatais e quatro vagas de cuidados intensivos pediátricos.

A UCIN tem como como objetivo prestar cuidados altamente diferenciados ao recém-nascido [RN] que careça de vigilância em permanência e de suporte tecnológico para a manutenção das suas funções vitais.

A população alvo da UCIN são RN prematuros e de termo até aos 28 dias de vida. São admitidos à unidade RN vindos do bloco de partos, da unidade de puerpério, unidade de urgência pediátrica, e por transferência inter-hospitalar de outras unidades de cuidados neonatais. O motivo de internamento mais frequente na UCIN é a prematuridade extrema e todas as suas condições associadas. Dentro destas temos a imaturidade do sistema respiratório, gastrointestinal e neurológico. Outros motivos de internamento passam por insuficiência respiratória, infeção, baixo peso ao nascer, asfixia neonatal, icterícia neonatal e malformação congénita.

No momento do nosso estágio, a permanência dos pais é restrita a um de cada vez e apenas durante o período diurno. De acordo com a informação referida pela equipa, a presença durante o período noturno não é possível dadas as condições físicas da unidade. As visitas estão restritas pelos condicionamentos pós pandemia, não sendo no momento permitida a visita de irmãos ou outros familiares.

Toda a unidade está organizada num único piso, sendo o acesso feito por porta fechada e limitado a pessoas autorizadas. Para além das salas de cuidados mencionadas acima, queremos ressaltar a existência do cantinho da amamentação (construído com o propósito de oferecer às mães um espaço de tranquilidade onde pudessem fazer a extração do leite materno) e da copa de leites, espaços próprios de unidades de neonatologia.

A equipa multidisciplinar é composta enfermeiros, médicos e assistentes operacionais. Outros profissionais de saúde, como psicólogos, terapeutas da fala, fisioterapeutas, técnicos de serviço social e assistentes técnicos dão apoio à unidade, sempre que necessário. A equipa de enfermagem é constituída, à data do estágio, por trinta e dois enfermeiros, nove dos quais EEESIP. O método de trabalho é o de enfermeiro de referência. Este método caracteriza-se pela responsabilidade individual do enfermeiro na tomada de decisão sobre os cuidados a serem prestados e tem quatro elementos fundamentais: responsabilidade, autonomia, coordenação/comunicação e planeamento de cuidados (Manthey, 2014). O enfermeiro fica responsável pelo RN e família desde o momento de admissão até à alta, procedendo a todas as etapas do processo de enfermagem. Promove cuidados de enfermagem personalizados e individualizados, contribuindo para uma melhoria da qualidade dos mesmos. A equipa foca o seu cuidado na filosofia de CCF, utilizando o modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. Muito presente também está a filosofia de CNT. No que se refere

aos indicadores de qualidade dos cuidados prestados, a sua monitorização e auditoria está, à data do estágio, suspensa até novo ano civil. A unidade tem estabelecido como indicadores a satisfação da família face aos cuidados prestados e a avaliação da dor. Prevê, com o início do novo ano civil, construir novos indicadores na área da amamentação e úlceras de pressão. De referir ainda que os registos de enfermagem são realizados no sistema informático SClínico®.

O EEESIP tem um papel de extrema importância na UCIN, incorporando o cuidado transicional na sua prática. Este cuidado assume a sua pertinência pelo tipo de transição constante neste contexto (parentalidade e saúde/doença). O EEESIP participa e envolve-se nos cuidados de uma forma sustentada pela evidência. Não se resume ao resultado imediato e vai mais além, cuidando no momento para a potenciação da qualidade de vida futura. É habitualmente o chefe de equipa do turno, partilhando funções de gestão (recursos humanos e materiais) com os/as enfermeiros/as coordenadores/as da unidade. É o EESIP que atribui os RN e família ao enfermeiro que lhe vai prestar cuidados. Para isto, tem em conta a presença/ausência do enfermeiro de referência, grau de complexidade dos cuidados e competências dos enfermeiros. Participa ainda na integração e supervisão de elementos em desenvolvimento de competências. É habitualmente o detentor da liderança em projetos de qualidade instituídos, assim como, em grupos de trabalho nas mais variadas temáticas.

Foi realizada uma reunião com o/a enfermeiro/a chefe do Departamento de Pediatria, enfermeiros/as coordenadores/as da UCIN e EEESIP orientador onde foram apresentados e discutidos os objetivos e atividades propostas por nós. Com a finalidade de apurar a multidimensionalidade de atuação do EEESIP nos cuidados ao RN pós-alta clínica, organizámos momentos de observação da dinâmica de outras valências da unidade hospitalar na área da SIP (Hospital de Dia de Pediatria; VD; e Centro de Desenvolvimento da Criança [CDC]). Estes momentos, explorados mais adiante, contribuíram para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados pois abriram novos caminhos que se interligam naquela que é a abordagem holística do cuidar.

Para este contexto clínico, foram delimitados como objetivos específicos:

- percecionar os cuidados de enfermagem especializados prestados na UCIN;
- percecionar os cuidados de enfermagem especializados ao RN e família após a alta clínica;
- prestar cuidados de enfermagem especializados ao RN e família em contexto de especial complexidade.

Tivemos oportunidade, no elemento teórico deste ciclo de estudos, de aprofundar conhecimento face à prematuridade. Aquando deste contexto clínico, sentimos necessidade de mobilizar esse conhecimento para a prática e aprofundar áreas com as quais nos fomos confrontando. Por exemplo, a área da ventilação mecânica invasiva e não invasiva e a área da fototerapia.

O cuidado prestado numa UCIN tem uma componente técnica muito acentuada e associada à intervenção interdependente do enfermeiro. Sentimos uma crescente autonomia na tomada de decisão sobre a sua implementação, mas não deixou de ser um desafio no curto espaço de tempo em que neste contexto permanecemos. A verdadeira implementação do processo de enfermagem, pelas particularidades de quem é alvo, foi também algo que fomos sentindo mais facilidade. Valeu-nos a perícia e acompanhamento do EEESIP orientador, integração de conhecimentos e evidências resultantes da pesquisa realizada nesta área, e a continuidade de cuidados ao RN e família (atribuição do mesmo RN e família sempre que possível).

Ainda dentro da componente técnica do cuidado, conseguimos trabalhar os processos de tomada de decisão ética. As intervenções intensivas e invasivas trazem riscos significativos. Considerámos os benefícios e os riscos das nossas intervenções e, com os pais/mães, alcançámos uma tomada de decisão informada e em linha com os princípios éticos.

Conhecimentos e habilidades prévias, assim como conhecimentos e habilidades desenvolvidas neste contexto permitiram uma rápida identificação de focos de instabilidade. Reconhecemos que a nossa resposta antecipatória está concetualizada, não tanto efetivada. Para esse nível de perícia seria necessário mais tempo de exposição ao contexto. Ainda dentro desta temática, conseguimos demonstrar conhecimentos em suporte avançado de vida neonatal.

Integrámos a filosofia de Cuidados Centrados no Desenvolvimento [CCD] e adquirimos competências no reconhecimento das manifestações comportamentais (sinais de aproximação ou afastamento) do RN prematuro. Privilegiámos momentos de ensino aos pais sobre este mesmo reconhecimento. A filosofia de CCD centra-se na minimização dos estímulos prejudiciais e na estimulação de acordo com as respostas comportamentais e fisiológicas do RN. Promove cuidados individualizados de suporte adaptados ao desenvolvimento (D'Agata et al., 2018). Ao respondermos à necessidade psicoemocional do

RN prematuro conseguimos promover não só o desenvolvimento, mas também o crescimento e bem-estar. Aumentamos também a confiança dos pais/mães na prestação de cuidados aos seu RN prematuro.

Continuando no bem-estar, particularizamos agora para a gestão diferenciada da dor. Associada à filosofia de CNT enraizada na equipa de enfermagem, muitas foram as oportunidades para ampliar a competência nesta área. Agregámos novo conhecimento relativo à escala de avaliação da dor *EDIN* ('Échelle de Douleur et d'Inconfort du Nouveau-Né'), validada para a população portuguesa e que desconhecíamos. Conseguimos instituir medidas farmacológicas de forma antecipatória em procedimentos como a intubação orotraqueal. Neste contexto, queremos também enfatizar a dupla verificação na preparação e administração de terapêutica, prática que integrámos na promoção de ambientes mais seguros.

As intervenções não farmacológicas que utilizámos foram a contenção (manual ou através de meios próprios para o efeito existentes na unidade), a sucção não nutritiva e a administração de pequenas quantidades de sucrose ou leite materno em combinação com a sucção não nutritiva. Com estas medidas, observámos um maior conforto nos RN e resultados de avaliação de dor com scores de 0 e 1. Sabemos assim, ter otimizado as respostas na gestão à dor.

As medidas não farmacológicas de gestão da dor estão no escopo das intervenções autónomas do enfermeiro. Também nesse escopo, com objetivo da majoração dos ganhos em saúde, temos terapias de enfermagem complementares. Sermos detentores do curso de massagem infantil (completado no percurso de desenvolvimento pessoal) proporcionou-nos a aplicação de técnicas de massagem no alívio do desconforto abdominal do RN. A OE (2019, p. 4), reforça que a "massagem infantil é um cuidado de enfermagem que se integra no âmbito das intervenções autónomas". Mais do que realizar a técnica, sentimos importante o ensino da mesma aos pais/mães. Contribuímos assim para o aumento dos momentos de interação entre os pais/mães e RN.

No seguimento, introduzimos o cuidado transicional no que respeita à parentalidade em contexto de neonatologia. Este novo papel constrói-se numa dimensão que vai além da necessidade de informação, dos cuidados a prestar pelos pais/mães e das responsabilidades na tomada de decisões quanto à saúde dos RN. Quer pela transição para o papel parental,

quer pelos sentimentos de impotência, pais/mães experienciam diferentes níveis de stress (Mangel, 2018). Tivemos o privilégio de focar a nossa intervenção nas necessidades psicoemocionais (conforto, suporte social, segurança e confiança) dos pais/mães e em conjunto ir construindo a integração nos cuidados. Negociámos o envolvimento dos pais/mães na prestação de cuidados (parceria de cuidados) ao RN de forma progressiva e com muita educação e apoio emocional.

Trabalhámos as intervenções promotoras da esperança. A esperança é uma necessidade dos pais/mães ante as adversidades que enfrentam (OE, 2011). Permite transformar o stress vivenciado num processo de coping eficaz. Reconhecemos e respeitamos a esperança como uma vivência universal, subjetiva e integradora das crenças religiosas e culturais que torna os pais/mães mais fortes (mesmo que continuando muito vulneráveis). Intervimos pelo estabelecimento de escuta ativa e primazia da expressão de emoções, pela celebração das conquistas e incentivando permitirem-se momentos de descanso e lazer (OE, 2011).

Como já acima referido, tivemos oportunidade de promover momentos de interação entre os pais/mães e os seus bebés. Quer pela capacitação para a identificação das manifestações neurocomportamentais, quer pelo envolvimento em cuidados como a massagem abdominal. Para além do último, muitas outras foram as estratégias utilizadas por nós para a proximidade física pais/mães e RN. Promovemos o toque positivo através do incentivo ao método Canguru e à amamentação. A salientar, o incentivo e manutenção ao aleitamento materno como prática incorporada por todos na unidade. A nossa experiência profissional já tinha permitido a aquisição de competências nesta área. Porém, neste contexto, fomos desafiados a sair do registo habitual e olhar a temática com outra especificidade. Por exemplo, a instauração da amamentação em RN prematuros sem competências oro-motoras para a alimentação inicia-se com a instrução para a extração de leite e posterior administração entérica. Acompanhámos as mães neste processo nem sempre fácil, sempre com o foco nos ganhos em saúde imediatos (como a prevenção da enterocolite necrosante) e também futuros (amamentação continuada no domicílio).

Resumimos um conjunto de intervenções que utilizámos concomitantemente na promoção da vinculação. Adicionalmente, inovámos e trouxemos para a realidade da unidade estratégias que permitiram o aumento da exposição à voz e ao cheiro dos pais/mães. Sugerimos a utilização e prototipámos ‘Bonding Hearts’, dois pedaços de tecido em forma de coração. Um pedaço fica no corpo do pai/mãe e outro na incubadora junto ao RN. Depois de

terminada a presença dos pais/mães junto ao RN trocam os tecidos e assim permanecem até ao dia seguinte. A ideia foi acolhida com grande interesse e ficou sujeita a aprovação. A exposição à voz foi trabalhada no âmbito do projeto de intervenção e como tal descrita em capítulo próprio.

Explanamos agora as competências adquiridas relativas à alta do RN (preparação e acompanhamento posterior). Baseado em diversos critérios (idade gestacional e peso ao nascer, intercorrências durante o internamento, entre outros), o seguimento clínico do RN após a alta pode ser exclusivo dos CSP, mantido na unidade hospitalar (Consulta Externa de Neonatologia; CDC; Hospital de Dia) ou uma mistura dos dois. No primeiro caso, articulámos com agentes da comunidade no sentido da melhoria da acessibilidade do RN aos cuidados de saúde. A articulação foi feita com as unidades de saúde, em particular com o/a enfermeiro/a de família (ou, na impossibilidade, com o/a enfermeiro/a responsável pela SIP). Aqui surgem muitos desafios, nomeadamente RN e famílias, que não estão inscritos no Sistema Nacional de Saúde, ou estão afastados da área de residência. A equipa do Departamento de Pediatria, preocupada com estas questões, desenvolveu em 2019 um projeto de visitação domiciliária. Muito sonhado e mantido com muito esforço da equipa da enfermagem, este projeto eleva-se naquele que é o ganho em saúde. Tem duas valências, o acompanhamento em contexto de doença crónica/cuidados paliativos e o acompanhamento pós-alta do serviço de neonatologia. Colaborámos em quatro visitas domiciliárias. Nestas realizámos uma consulta de enfermagem que permitiu a continuidade no cuidado iniciado, validámos a adequação do ensino feito ainda em contexto hospitalar (confirmando-se a adaptação à realidade do domicílio), verificámos condições de habitabilidade e segurança (com posterior pedido de apoio ao técnico de serviço social) e oferecemos suporte emocional à família.

Tivemos oportunidade de conhecer o CDC, espaço único a sul do país com oferta de cuidados multidisciplinares na área do neurodesenvolvimento, e também o hospital de dia de pediatria. A passagem por estas valências foi muito breve, conseguindo ainda assim, no Hospital de Dia, assistir ao rastreio e tratamento de uma das complicações associadas à prematuridade, a Retinopatia. No CDC, de toda a experiência vivenciada, destacamos, uma vez mais a importância de cuidados do momento pensados e refletidos para ganhos em saúde futuros.

Acompanhámos o trabalho do Grupo de Coordenação Local – Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos na implementação de medidas de

prevenção e controlo de infeção. Para além das precauções básicas como a higienização das mãos e higienização ambiental, realizámos rastreios microbiológicos (carbapenemase de 'klebsiella pneumoniae' e MRSA) aos RN internados (na admissão e semanalmente).

De forma sumária, o acima exposto enquadra-se maioritariamente em duas das competências específicas do EEESIP (Regulamento n.º 422, 2018): cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade (faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas; e providencia cuidados à criança/jovem promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência) e presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (promove o crescimento e desenvolvimento da criança/jovem; e promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente ou com necessidades especiais).

No que às competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140, 2019) diz respeito, a vivência acima refletida enquadra-se predominantemente no domínio da responsabilidade profissional ética e legal (desenvolve uma prática profissional, ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional) e no domínio da melhoria contínua da qualidade (garante um ambiente terapêutico seguro).

2.3 - UNIDADE DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

A Unidade de Urgência Pediátrica [UUP] integra o Departamento de Pediatria de uma unidade hospitalar distrital, pertencente à ARSLVT. A unidade hospitalar serve a população dos concelhos adjacentes, população esta estimada em duzentos e cinquenta mil habitantes.

A UUP tem como como objetivo prestar cuidados imediatos em situações de urgência e emergência. A população alvo são crianças e jovens com idade até aos dezoito anos menos um dia. O acesso é por iniciativa própria ou através de referenciação dos CSP, ou linha SNS 24. Observámos, no período correspondente ao nosso estágio, que os motivos de recorrência mais frequentes, inseridos na urgência e emergência, foram os episódios de doença súbita (síndrome de dificuldade respiratória, desidratação) e os acidentes (traumatismo). A criança/jovem pode ser acompanhada pelo pai/mãe ou cuidador de referência, devendo este ter a pulseira de acompanhante colocada.

A UPP situa-se num único piso e o acesso à mesma é feito por porta fechada. Está organizada da seguinte forma: Área de Triagem (local onde as crianças/jovens são avaliadas pela equipa de enfermagem que aplica o Protocolo de Triagem de Manchester. É atribuído um grau de prioridade no atendimento médico e o tempo-alvo expetável fica visível na pulseira de identificação que passa a acompanhar a criança/jovem); Área de avaliação médica; Área cirúrgica (sala equipada para procedimentos relacionados com as especialidades de cirurgia e ortopedia); Área aberta - Balcão (oitos vagas para crianças/jovens que carecem de monitorização ou de oxigenoterapia enquanto aguardam observação médica); Área da Reanimação (sala devidamente equipada para suporte avançado de vida onde é feita a admissão e estabilização inicial de criança/jovem com situação clínica instável, perigo de vida eminente ou com acompanhamento externo feito por equipas do Instituto Nacional de Emergência Médica); Área de Tratamento (salas onde são realizados procedimentos invasivos assim como administração de terapêutica endovenosa, intramuscular e inalatória); Unidade de Internamento de Curta Duração ([UICD] - área com cinco vagas, uma delas em quarto de isolamento, destinada a crianças/jovens com necessidade de vigilância e/ou tratamento por um período previsível de 24 a 48 horas para resolução de quadro clinico ou decisão de encaminhamento).

A equipa multidisciplinar é composta por enfermeiros, médicos e assistentes operacionais. Outros profissionais de saúde, como psicólogos, técnicos de serviço social e assistentes técnicos dão apoio à unidade, sempre que necessário. A equipa de enfermagem é constituída, à data do estágio, por 35 enfermeiros, sete dos quais EEESIP. O método de trabalho é por equipa. No método de trabalho por equipa, os enfermeiros são divididos em grupos coordenados por um líder (Parreira et al., 2021). Aqui os enfermeiros são distribuídos por postos de trabalho (triagem, re-triagem, sala de tratamentos e UICD). O enfermeiro que assume a equipa (habitualmente o EEESIP) fica sem posto atribuído para planear e liderar o processo de cuidados. A equipa foca o seu cuidado na filosofia de CCF, utilizando o modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey. No que se refere aos indicadores de qualidade dos cuidados prestados, a sua monitorização e auditoria está, no momento do estágio, suspensa até novo ano civil. A unidade tem estabelecido como indicador a satisfação da família e avaliação da dor face aos cuidados prestados e prevê, com o início do novo ano civil, construir novos indicadores na área da amamentação, úlceras de pressão, quedas, dor (reavaliação) e humor. De referir ainda que os registos de enfermagem são realizados no sistema informático Alert®.

O EEESIP tem um papel de extrema importância na UUP. É habitualmente sinónimo de perito na deteção precoce de situações de grande instabilidade das funções vitais e a quem a equipa recorre em caso de dúvida. Quando não é o líder da equipa, fica habitualmente na área da triagem. O EEESIP participa e envolve-se nos cuidados de uma forma sustentada pela evidência e tem atualizado conhecimento relativo a suporte avançado de vida. Partilha funções de gestão (recursos materiais) com o/a enfermeiro/a coordenador/a da unidade. Participa ainda na integração e supervisão de elementos em desenvolvimento de competências. É detentor da liderança em projetos de qualidade instituídos, assim como, em grupos de trabalho nas mais variadas temáticas.

Foi realizada uma reunião com o/a enfermeiro/a coordenador/a da UUP e EEESIP orientador onde foram apresentados e discutidos os objetivos e atividades propostas por nós. Focámos a nossa área de interesse no reconhecimento precoce de situações de instabilidade clínica, área que sentimos ainda não ter tido oportunidade para desenvolver na íntegra.

Para este contexto clínico, foram delimitados como objetivos específicos:

- percecionar os cuidados de enfermagem especializados prestados na UUP;
- prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família em contexto de especial complexidade.

A componente teórica deste ciclo de estudos foi pautada com momentos de conhecimento face a situações de urgência e emergência e modos de atuação. Aquando deste contexto clínico, sentimos necessidade de mobilizar esse conhecimento para a prática e aprofundar áreas com as quais nos fomos confrontando. Por exemplo, a cetoacidose diabética e asma.

Na área da triagem conseguimos aplicar conhecimentos e habilidades para a identificação rápida de possíveis focos de instabilidade, reconhecendo quadros mais complexos e antecipando respostas. Não foi algo imediato, mas sim um processo gradual que implicou treino. Triagens sucessivas, fundamentação em evidência científica e grande diversidade nas situações de doença observadas, levaram à construção deste processo cognitivo que “de forma consciente ou inconsciente, rápida, é capaz de identificar indícios e encontrar pistas para tirar as melhores conclusões” (Porto, 2017, p.1). Aqui conseguimos também demonstrar conhecimentos sobre doenças comuns e adequar as nossas intervenções às diferentes faixas etárias.

O primeiro contacto entre o enfermeiro e a criança/jovem e família acontece na triagem, "onde é possível iniciar um contacto acolhedor, transmitindo confiança aos pais, fazendo-os sentir que são bem-vindos e que existe disponibilidade para responder às suas necessidades e preocupações (Diogo et al., 2016, p.30). Fizemos breves acolhimentos e aproveitámos sempre para explicar como se processa o atendimento. Vimos neste pequeno detalhe a diminuição da ansiedade na maior parte das famílias.

Conseguimos adaptar a comunicação às particularidades da criança/jovem e família, mobilizando diferentes estratégias. Utilizámos linguagem clara e simples, estabelecemos contacto visual e fizemos uma escuta ativa. Este nosso interesse genuíno foi o que permitiu, na azáfama de uma UUP, estabelecer uma relação. No caso particular do adolescente, área de grande interesse nosso, é importante respeitar a sua individualidade, demonstrar confiança nas suas capacidades, permitir a sua autodeterminação, manter um diálogo aberto sobre todos os temas, falar sobre emoções e, sempre que possível, usar o humor (Óven, 2019). Foram inúmeras as situações de mal-estar psíquico identificadas por nós e esse facto deve-se a este breve momento onde conseguimos conexão/relação com quem cuidamos.

Referência particular à promoção da saúde mental na adolescência que trabalhámos no âmbito do projeto de intervenção e como tal descrita em capítulo próprio.

Constatámos, pela observação na atribuição de prioridade na triagem de Manchester (tempo-alvo expectável acima de 120 min), que alguns dos motivos de ida à UPP não se encaixavam nos critérios de urgência e emergência. Os pais/mães verbalizaram o desconhecimento e a insegurança face à prestação de cuidados no domicílio. Por este motivo, focámos algumas das nossas intervenções no empoderamento das crianças/jovens e famílias para gestão dos processos específicos de saúde/doença. Aproveitámos também todas as oportunidades para transmitir orientações antecipatórias, de forma a maximizar o potencial de desenvolvimento da criança/jovem e incentivar a adoção de comportamentos potenciadores de saúde.

Na área de tratamento, um desafio inerente à velocidade em que tudo acontece numa UPP, foi o envolvimento das crianças e jovens nos cuidados prestados e na tomada de decisão relativa aos mesmos. O envolvimento confere à criança e jovem uma sensação de controlo necessária para a assunção do seu papel na saúde. Permite desenvolver habilidades do autocuidado, tomada de decisão informada e parceria ativa na sua própria saúde. Neste

seguimento, fomos utilizando um conjunto de intervenções adequadas a cada estadio de desenvolvimento para uma experiência vivenciada mais positiva. Por exemplo, explicar o um procedimento prestes a acontecer por palavras ou até mesmo mostrar em *role play* no boneco que traz ao colo. "As experiências positivas neste contexto, irão criar sentimentos positivos na criança, melhorando a sua autoestima e aprendizagens, por ter tido a capacidade de superar uma situação de crise, ajudando-a no futuro na gestão de stressores" (Diogo et al., 2016).

Ainda na área do tratamento, os cuidados prestados são muitas vezes invasivos, desconhecidos para a criança/jovem e família, podendo ser geradores de ansiedade e de medo. No sentido de enaltecer a pertinência da filosofia de CNT nestes momentos, tivemos um papel importante no introduzir de estratégias para uma gestão eficaz da dor. Assistimos à utilização do protóxido de azoto com resultados positivos. Reforçámos junto da equipa a importância da mudança de paradigma face á falta de tempo para a utilização da Emla®. Os recursos a medidas não farmacológicas para a gestão da dor utilizadas passaram por: distração, imaginação guiada, relaxamento, respiração profunda, massagem, aplicação de frio, música (OE, 2013).

Na área da UICD consolidámos competências relativas à parentalidade e à vinculação. Conseguimos aqui também treinar o reconhecimento rápido de focos de instabilidade para uma resposta antecipatória. A maioria das situações na UICD contemplava alteração da função respiratória, podendo ou não necessitar de suporte ventilatório (ventilação não invasiva).

Na área da reanimação tivemos oportunidade de colocar em prática os conhecimentos e habilidades relativos ao suporte avançado de vida pediátrico. O ritmo a que tudo aconteceu foi difícil de acompanhar. Valeu-nos o período de reflexão posterior, individual e em equipa, para uma consolidação de conhecimentos e gestão de emoções. Especial ênfase para a presença dos pais/mães durante a reanimação no que reporta a estratificação dos princípios éticos, legais e profissionais.

À semelhança dos CSP, quisemos percecionar o papel da unidade na identificação de situações de risco para a criança e jovem, na sua prevenção e/ou encaminhamento. Participámos numa reunião do Núcleo Hospitalar de Apoio a Crianças e Jovens em Risco [NHACJR], onde percecionámos o tipo de situações mais reportadas, assim como o encaminhamento dado às mesmas. Na UPP, o EEESIP é detentor de conhecimento e

habilidade particular no que respeita ao despiste de situações de abuso, negligência ou maus-tratos, prestando cuidados diferenciados no seu encaminhamento.

No âmbito da gestão de risco, identificámos dois fatores potenciadores de risco, os quais sentimos necessidade de partilhar com o/a coordenador/a do serviço. O primeiro refere-se à não identificação visível de presença de alergia nas crianças/jovens cuidados nesta unidade. A presença de alergia está documentada nos registos informáticos, no entanto, dada a especificidade do trabalho em equipa, é pertinente que essa presença de alergia seja visível/reconhecida de imediato pelos profissionais de saúde. Demos a sugestão de utilização de uma pulseira (de cor diferente das já existentes na Triagem de Manchester), a qual ficou em consideração por parte dos responsáveis de unidade. O segundo fator identificado foi a utilização de seringa endovenosa para administração entérica. Sugerimos a utilização de material ENFit®, disponível para utilização na unidade hospitalar, o que foi aceite de imediato e colocado em prática.

Elevados níveis de stress da criança/jovem e família, pela especificidade do cuidado prestado na UUP, deixam os profissionais mais expostos a situações de violência (Silva et al., 2015). Tivemos de aprender a antecipar estes momentos e utilizar técnicas de comunicação não violenta. Em paralelo, promovemos a sua notificação no Sistema Nacional de Notificação de Incidentes – Notific@.

Por último, expressamos aquela que foi a maior dificuldade neste contexto. O nosso percurso profissional envolve métodos de trabalho individual e de enfermeiro de referência. Trabalhar por equipa trouxe desafios no que respeita à perceção da continuidade do cuidado. Uma vez feita a triagem, naquele que sentimos como dever profissional, tivemos necessidade de acompanhar as crianças/jovens e famílias pelos restantes postos. Sendo o coordenador de equipa esta questão já não se coloca uma vez que temos a visão global do percurso de cada criança/jovem e família.

De forma sumária, o acima exposto enquadra-se maioritariamente em duas das competências específicas do EEESIP (Regulamento n.º 422, 2018): cuidar da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade (reconhece situações de instabilidade das funções vitais e risco de morte e presta cuidados de enfermagem apropriados; e faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas); e presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da

criança e do jovem (promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde; e comunica com a criança e família de forma apropriada ao estadio de desenvolvimento e à cultura).

No que às competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140, 2019) diz respeito, a vivência acima refletida enquadra-se predominantemente no domínio da melhoria contínua da qualidade (garante um ambiente terapêutico seguro) e no domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais (desenvolve o autoconhecimento e a assertividade.

2.3 - UNIDADE DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA

A Unidade de Internamento de Pediatria [UIP] integra o mesmo departamento e a mesma unidade hospitalar que a UUP. Tem como objetivo prestar cuidados especializados à criança/jovem e família, em situações de doença aguda ou crónica, do foro médico e cirúrgico.

A população alvo da UIP são crianças e jovens dos 28 dias de vida aos dezoito anos menos um dia. São admitidos à unidade vindos da UUP, da consulta externa ou por transferência inter-hospitalar. O motivo de internamento mais frequente na UIP está dependente da época sazonal. À data do nosso estágio, as patologias do foro respiratório foram as situações mais frequentes.

Integram a UIP o hospital de dia pediátrico, a pediatria médica e a pediatria cirúrgica. Situa-se num único piso com acesso por porta fechada e limitado a pessoas autorizadas. A agradabilidade e alegria do espaço é promovido pelas cores e desenhos nas paredes. Possui um total de vinte e uma vagas divididas por dezasseis quartos. Seis vagas de pediatria cirúrgica e quinze vagas de pediatria médica. O hospital de dia pediátrico resume a sua atividade às áreas da medicina, cirurgia e oncologia, funcionando em horário diurno e nos dias de semana.

As crianças e jovens internados tem obrigatoriamente colocada uma pulseira de identificação e uma pulseira eletrónica (prevenção contra o rapto). Um dos cuidadores pode acompanhar a criança/jovem em permanência. À data do estágio, pelos condicionantes pós pandemia, não são permitidas visitas.

A equipa multidisciplinar é composta por enfermeiros, médicos, assistentes operacionais, técnicos administrativos, psicólogos e educadores de infância. Outros profissionais de saúde como nutricionista, terapeutas ocupacionais, fisioterapeutas e técnicos de serviço social dão apoio à unidade sempre que necessário. A equipa de enfermagem é constituída, à data do estágio, por dezanove enfermeiros, cinco dos quais EEESIP. O método de trabalho é o individual. O método de trabalho individual centra a sua atenção nas necessidades das crianças/jovens e famílias e valoriza a personalização e individualização dos cuidados. As crianças e jovens internados são, em função do grau de dependência, atribuídos a cada um dos enfermeiros que se responsabiliza pela prestação de cuidados globais durante o seu turno de trabalho (Frederico e Leitão, 1999). No que respeita ao cuidar em pediatria, a equipa foca-se na filosofia de CCF, utilizando o modelo de Parceria de Cuidados de Anne Casey e na filosofia de CNT.

Relativamente aos indicadores de qualidade dos cuidados prestados, a sua monitorização e auditoria foi reiniciada no momento do estágio. Os indicadores estabelecidos incidem na área da satisfação da criança/jovem e família, dor, queda e úlcera de pressão. De referir ainda que os registos de enfermagem são realizados no sistema informático SClínico®.

O EEESIP tem um papel de extrema importância na UIP. É habitualmente o chefe de equipa e o elemento responsável pela atribuição das crianças/jovens internados aos enfermeiros presentes no turno. O EEESIP participa e envolve-se nos cuidados de uma forma sustentada pela evidência e tem conhecimento atualizado. Partilha funções de gestão (recursos materiais) com o/a enfermeiro/a coordenador/a da unidade. Participa ainda na integração e supervisão de elementos em desenvolvimento de competências. É detentor da liderança em projetos de qualidade instituídos assim como em grupos de trabalho nas mais variadas temáticas.

Foi realizada uma reunião com o/a enfermeiro/a coordenador/a da UIP e EEESIP orientador onde foram apresentados e discutidos os objetivos e atividades propostas por nós.

Para este contexto clínico, foram delimitados como objetivos específicos:

- percecionar os cuidados de enfermagem especializados prestados na UIP;
- prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família em contexto de especial complexidade.

A doença e a hospitalização são, para a criança/jovem, fontes de "elevado stress e ansiedade" (Diogo et al., 2016, p.27). Estar perante um ambiente desconhecido, cercado de procedimentos e equipamentos que causam desconforto e dor, é por si só devastador. A criança/jovem tem um número limitado de mecanismos de coping para lidar com os stressores (Hockenberry & Wilson, 2015) e foi necessário o nosso apoio (em parceria com os pais/mães) nestas situações de transição.

Conseguimos cuidar em humanitude. Atenuámos possíveis vivências negativas ao introduzir o brincar na nossa prática diária. Incentivámos a utilização da sala de brincar e fomentámos o contato com o educador de infância da unidade. No caso particular dos adolescentes introduzimos o brincar pelo jogo (físico ou digital). Com o brincar permitimos a expressão de emoções e empoderámos as crianças/jovens e famílias para a tomada de decisão adequada à sua saúde. Ao desenvolvermos a literacia intencionamos contribuir para a majoração dos ganhos em saúde.

Duas das atividades do projeto de intervenção privilegiaram o brincar na vertente da expressão de emoções e da literacia em saúde. Serão abordadas em capítulo próprio.

A nossa vasta experiência profissional neste contexto clínico trouxe segurança e domínio aos cuidados prestados. A experiência alia-se à motivação e à utilização eficaz dos recursos e posiciona-nos, segundo Benner (1984), no último nível do seu modelo de Aquisição de Competências, o nível de perito. A nossa capacidade de dar resposta a situações complexas é o resultado de competências e práticas competentes desenvolvidas pela exposição sucessiva a situações reais, questionando teorias e modelos formais de cuidados.

Assim, transferimos conhecimentos e habilidades no que respeita à adaptação à doença crónica. Fomos promotores ativos dessa adaptação, identificando necessidades especiais e incapacidades e capacitando a criança/jovem e família para a adoção de estratégias de coping e de adaptação. Na Consulta Externa de Diabetes, a qual tivemos oportunidade de acompanhar, assistimos, na sala de espera, a um encontro informal de adolescentes diagnosticados com Diabetes Mellitus Tipo 1. Um adolescente em particular, adaptado à doença crónica, partilhou a sua vivência com outros adolescentes em processo de adaptação. Foi uma mais-valia para todos. Ainda na Consulta Externa, verificámos a adequação do suporte familiar e comunitário. Numa das situações foi necessário ativar a SE para uma possível intervenção na escola. A nossa passagem pelo hospital de dia pediátrico veio reforçar o desenvolvimento destes conhecimentos e habilidades.

A componente teórica deste ciclo de estudos trouxe conhecimento relativo a doenças raras. Aquando deste contexto clínico, sentimos necessidade de aprofundar e mobilizar esse conhecimento para a prática. Como exemplo temos a Espinha Bífida e a Síndrome de Rett. O nosso cuidado foi fundamentado na mais recente evidência científica. Cuidar estas crianças/jovens e famílias foi um desafio adicional com o qual nos cruzámos. A continuidade de cuidados nestas situações é de extrema importância para a sua personalização e individualização. Sempre que possível, escolhemos continuar a sermos nós a prestar cuidados a estas crianças/jovens.

Conseguimos dar o nosso contributo na avaliação e melhoria da qualidade dos cuidados prestados com a elaboração dos procedimentos normativos: Prevenção e redução do risco de quedas no utente pediátrico e Preenchimento da escala de avaliação de quedas 'Sempre em Pé'. As quedas, em contexto hospitalar pediátrico, são um evento de origem multifatorial e podem contribuir para o aumento da morbilidade e até da mortalidade das crianças e jovens internados (Sousa & Marques-Vieira, 2017). Constituem um problema no que reporta à segurança do doente e torna-se assim imperativa a necessidade de avaliar e monitorizar o seu risco através da utilização de escalas. Fomos facilitadores na uniformização da utilização da escala "Sempre em Pé". Esta é constituída pelos seguintes fatores de risco: sexo, diagnóstico clínico, tempo de sedação ou anestesia, história de quedas, medicação administrada, ambiente físico, tempo previsto de internamento, tempo previsto de acompanhamento pelos pais, bem como, o conhecimento e comportamento dos mesmos durante a hospitalização. Cada fator de risco "é dividido em categorias às quais correspondem diferentes potenciais de risco de queda" (Antunes et al., 2017, p35).

Sentimos também ter tido um papel importante na gestão de cuidados. Disponibilizámos, dentro do nosso escopo de atuação e conhecimento, assessoria aos enfermeiros e à equipa. Contribuímos para a distribuição do trabalho de enfermagem e supervisionámos (orientando e avaliando) as tarefas delegadas. Como exemplos das últimas, temos a preparação das fórmulas infantis e as dietas oferecidas às crianças e jovens, tarefas realizadas pelos assistentes operacionais nesta unidade.

A gestão de material foi uma prática constante uma vez que esta era da responsabilidade do EEESIP orientador e com isso ficámos a conhecer o sistema eletrónico Kanban®.

De forma sumária, o acima exposto enquadra-se maioritariamente em duas das competências específicas do EEESIP (Regulamento n.º 422, 2018): cuida da criança/jovem e

família nas situações de especial complexidade (responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados; e promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade); e presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (promover o crescimento e desenvolvimento da criança/jovem; promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde; e comunica com a criança e família de forma apropriada ao estádio de desenvolvimento e à cultura).

No que às competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140, 2019) diz respeito, a vivência acima refletida enquadra-se predominantemente no domínio da melhoria contínua da qualidade (garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; e desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua) e no domínio da gestão de cuidados (gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde).

3 – PROJETO DE INTERVENÇÃO: PROMOVER A SAÚDE MENTAL NA ADOLESCÊNCIA

O projeto de intervenção, liderado por nós, incidiu no âmbito temático 'Promoção da Saúde Mental na Adolescência' e decorreu nos quatro contextos clínicos de estágio (acima já mencionados).

Integra a metodologia de projeto (Ferrito et al., 2010), o que permitiu a ação na linha de investigação selecionada: necessidades de cuidados de enfermagem em populações específicas. Investigar a necessidade de cuidados de enfermagem em adolescentes, considerando o seu estadio de desenvolvimento, as suas condições de saúde e as suas carências emocionais e sociais levou-nos até à promoção da saúde mental. Esta incorpora o cuidado de enfermagem no que diz respeito às intervenções autónomas e a sua realização depende somente do diagnóstico de necessidades feito pelo enfermeiro.

De uma forma sumária, o desenvolvimento deste projeto de intervenção contribuiu para a aquisição das seguintes competências específicas do EEESIP (Regulamento n.º 422, 2018): assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde (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) e presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (promove o crescimento e o desenvolvimento infantil; promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do RN doente; e promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde).

No que às competências comuns do enfermeiro especialista (Regulamento n.º 140, 2019) diz respeito, o projeto de intervenção contribuiu para a aquisição de competências nos seguintes domínios: gestão de cuidados (adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados) e desenvolvimento das aprendizagens profissionais (baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica).

Este capítulo inicia-se com a explicitação da metodologia e seu paralelismo com o projeto desenvolvido. Segue-se, por contexto clínico de estágio, uma descrição e análise crítica de cada uma das etapas da metodologia utilizada.

3.1 – METODOLOGIA DE PROJETO

A metodologia de projeto promove "uma prática fundamentada e baseada em evidência" e define-se como "um conjunto de estratégias e ações que permite prever o resultado de uma mudança" (Ferrito et al., 2010, p.2). No que respeita às necessidades em cuidados de enfermagem do adolescente, intentámos, com este projeto, uma ação transformadora da realidade e consequente melhoria na qualidade dos cuidados.

Ferrito et al. (2010), referem que esta metodologia é intencional, pressupõe autonomia e originalidade de quem a lidera, envolve complexidade e incerteza e tem um caráter prolongado e faseado. Ainda segundo os mesmos autores, é constituída por cinco etapas: Diagnóstico de Situação; Definição dos Objetivos; Planeamento; Execução e Avaliação; e Divulgação dos Resultados (Ferrito et al., 2010, p.2). O cronograma geral das etapas do projeto de intervenção encontra-se em Apêndice III.

A etapa 'Diagnóstico de Situação' engloba a definição do problema e sinaliza "o início da concretização de uma investigação ou elaboração de um projeto" (Ferrito, 2010, p.12).

Esta definição do problema inicial teve por base uma revisão da literatura e também a Teoria das Transições de Afaf Meleis. Percecionámos, a necessidade e pertinência de ação sobre a promoção da saúde mental na adolescência. Apreendemos que, no caso particular da adolescência, reforçar os fatores protetores de saúde mental ao longo do ciclo de vida permitirá atingir um maior nível de resiliência e consequentemente de bem-estar.

O diagnóstico de situação foi depois confirmado nos diferentes contextos onde o projeto foi executado. Fizemos uma observação direta dos cuidados, para verificar a regularidade do fenómeno em estudo, e também uma entrevista ao/à enfermeiro/a coordenador/a e EEESIP orientador. O problema por nós identificado, transversal a todos os contextos, foi assim, a necessidade de reforçar a promoção da saúde mental do adolescente nos cuidados de enfermagem. Como problemas parcelares temos a falta de sensibilização da equipa de enfermagem para a promoção da saúde mental na adolescência; a falta de sensibilização das

crianças/jovens e famílias para a promoção da saúde mental na adolescência; e a não utilização de estratégias promotoras da saúde mental na adolescência.

A informação recolhida abrangeu os recursos existentes e as características da população-alvo, aspetos fundamentais para planear as atividades de forma individual e personalizada em cada contexto.

A etapa 'Definição dos Objetivos' traça, centrando-se na resolução do problema, o que se pretende alcançar e como (Ferrito et al., 2010). Depois de identificado e contextualizado o problema, definimos o nosso objetivo geral: incorporar a promoção da saúde mental na adolescência nos cuidados de enfermagem. O objetivo geral é transversal a todos os contextos, mas o mesmo não acontece com os objetivos específicos. Estes serão descritos nos contextos respetivos.

A etapa 'Planificação' reflete o planeamento das atividades e das estratégias a desenvolver, assim como dos meios a utilizar (Ferrito et al., 2010).

Explanamos a proposta de atividades, estratégias e meios (recursos humanos e materiais) necessários em cada contexto em quadro próprio (Apêndice IV). As atividades e estratégias selecionadas, espelham a combinação da especificidade do contexto, da necessidade identificada e dos recursos existentes. Nesta seleção, fomos ao encontro da premissa de que a promoção da saúde mental na adolescência acontece o longo do ciclo de vida e passa pelo reforço dos seus fatores protetores.

Nesta etapa construímos também o cronograma das atividades (Apêndice IV). Este corresponde a uma representação gráfica do planeamento e tem um caráter dinâmico, em constante avaliação e atualização (Ferrito et al., 2010).

A etapa da 'Execução e Avaliação' reporta à implementação do planeado e à sua apreciação no que respeita ao processo e resultados (Ferrito et al., 2010). A implementação do planeado está descrita abaixo nos contextos respetivos. Análogo a todos os contextos, temos a criatividade nas atividades desenvolvidas e o seu enquadramento no cuidar em humanitude. Sempre baseadas na evidência mais atual, na especificidade daquela que é a transição e na filosofia e modelos do cuidar em pediatria.

Em paralelo, desenvolvemos atividades que não foram atribuídas a um só contexto em particular, mas sim à globalidade do projeto em si. Estas envolveram formação adicional a este ciclo de estudos e permitiram um conhecimento avançado sobre a saúde mental na adolescência e consequentemente, na práxis clínica, uma competência mais especializada na execução do projeto.

As atividades de formação adicional desenvolvidas foram:

- Especialização avançada em Inteligência Emocional e Saúde Mental (acreditado pela Direção-Geral do Emprego e das Relações de Trabalho e promovido pelo Instituto CRIAP, no total de 113 horas);
- Kit Básico de Saúde Mental e 'MasterClass' de Gestão Emocional 'O kit de superpoderes' (desenvolvidos pela ManifestaMente e Escola BabYoga Portugal respetivamente);
- 'I Living Lab: Mental Health & Youngsters' (promovido pela aliança universitária europeia E³UDRES² - baseia-se na metodologia do 'Design Thinking' e define-se como um desafio, situação real e socialmente relevante, proposto por um parceiro social ao qual, com uma equipa transdisciplinar, temos de responder desenvolvendo uma solução).

Ainda dentro desta etapa e no que diz respeito à 'Avaliação', fizemos uma monitorização e avaliação contínua de todas as etapas do projeto. Para além de nós, participaram nesta etapa as docentes orientadoras, EESIP orientador, enfermeiro/a coordenador/a e todos os envolvidos nas atividades em cada um dos contextos. Os momentos de retroação e de restruturação foram residuais.

No que respeita à avaliação dos resultados, a apreciação foi positiva e será descrita em particular nos contextos respetivos. Conseguimos dar resposta ao objetivo geral proposto incorporando a promoção da saúde mental na adolescência nos cuidados de enfermagem de todos os contextos.

A última etapa 'Divulgação dos Resultados' corresponde à elaboração deste relatório no sentido de dar a conhecer "às pessoas o âmbito e pertinência do projeto e dos resultados que se obtiveram" (Ferrito et al., 2010, p.31). Para além deste documento, participámos em momentos adicionais de divulgação do projeto referente à implementação na UCIN, os quais serão detalhados no contexto em questão. Independentemente da forma de divulgação

selecionada, esta é sempre um recurso fundamental para a prática de enfermagem (Ferrito et al., 2010).

3.2 – PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NUMA ESCOLA

A escola tem um papel crucial na promoção da saúde dos adolescentes, particularmente da sua saúde mental, e no desenvolvimento das suas competências socioemocionais (CNS, 2019). Se, por um lado, podem oferecer oportunidades para promover a saúde mental, por outro, podem expor os adolescentes a mais fatores de risco, o que evidência a escola como o local preferencial para atuação.

O PNSE, decorrente das orientações da Rede Europeia de Escolas Promotoras de Saúde, enfatiza que as escolas podem contribuir substancialmente para a saúde e bem-estar dos alunos e como tal devemos assegurar o seu envolvimento contínuo nos projetos de educação para a saúde (2015). O mesmo define como eixo estratégico, a capacitação da comunidade educativa na área de intervenção da saúde mental e competências socioemocionais.

A efetividade das intervenções de promoção da saúde mental na escola revela-se na melhoria da ligação entre esta, a família e a comunidade. O desenvolvimento de competências socioemocionais em escolas é muito eficaz (UNICEF, 2021), no entanto, em Portugal, os últimos dados disponíveis referem que apenas 18,8% dos alunos abrangidos pelo PNSE foram alvo de intervenções nesta área (CNS, 2018).

Realizámos uma entrevista à equipa da SE (EEESIP orientador é o único elemento como mencionado anteriormente) e à equipa de Promoção e Educação para a Saúde [PES] de dois AE. Nesta entrevista foi validado e particularizado o diagnóstico de situação inicial pelo reconhecimento dos seguintes aspetos: pertinência da temática; ausência de sensibilização para a temática; inexistência de intervenção nesta área; déficit de conhecimento relativo a estratégias de intervenção; e interesse do EEESIP orientador e da equipa de PES em desenvolver um programa de promoção de competências socioemocionais em meio escolar.

Perante a especificidade do diagnóstico de situação realizado, foram elaborados os seguintes objetivos específicos:

- sensibilizar a equipa de SE para a promoção da saúde mental na adolescência;

- sensibilizar a equipa de PES para a promoção da saúde mental na adolescência;
- contribuir para a integração de programa de promoção de competências socioemocionais em meio escolar.

De forma a cumprir estes objetivos, foram planeadas as seguintes atividades:

- reflexão com a equipa de SE sobre a saúde mental e sua promoção;
- reflexão com a equipa de PES sobre a saúde mental e sua promoção;
- organização (em colaboração) do Encontro 'Inteligência Emocional e a Escola';
- participação no módulo formativo de dinamizadores do PMC;
- sessão de apresentação do PMC à equipa de PES;
- formalização da intenção de participação no PMC através de apresentação conjunta SE e PES.

O momento da entrevista acima descrito permitiu, em paralelo, a reflexão sobre a saúde mental na adolescência e a sua promoção, atividade planeada no seguimento do objetivo de sensibilização da equipa de SE e de PES. O reforço desta sensibilização foi feito, num momento posterior aquando da apresentação do programa de promoção de competências socioemocionais.

Ainda dentro deste objetivo, colaborámos na organização do 1º Encontro de Inteligência Emocional na Escola. Esta foi uma experiência muito enriquecedora, pois promoveu a discussão sobre a aprendizagem socioemocional na comunidade educativa, profissionais de saúde e população em geral. O contacto com os oradores, cuja investigação e percurso profissional assentam nos construtos da Inteligência Emocional, foi extraordinário. Sentimos que este momento foi essencialmente um grande contributo para o desenvolvimento da nossa profissão.

O último objetivo específico foi inicialmente definido no sentido de construir um projeto de promoção de competências socioemocionais. O fator tempo não o permitiu, pelo que, numa utilização eficaz de recursos existentes, reformulámos o objetivo e contribuímos para a implementação de um programa já desenvolvido.

Segundo o PNSE, os Projetos de Promoção de Competências Socioemocionais "integram as aprendizagens num contexto relacional de apoio" e "tornam as escolas

desafiadoras, envolventes e significativas, traduzindo-se, a médio prazo, em indicadores sociais e de saúde positivos" (2015, p.24).

A SE, ao promover as competências socioemocionais dos alunos, contribui para o desenvolvimento de autoconhecimento, autogestão, consciência social, relações interpessoais e tomada de decisão responsável (Gaspar et al., 2019).

Indo ao encontro da necessidade de promoção das competências socioemocionais em meio escolar, Carvalho et al. (2016) elaboraram uma ferramenta de apoio ao desenvolvimento destes projetos. Entre muitos que foram surgindo, temos como exemplos o 'Saudavelmente', o 'Devagar se vai ao longe' o 'FelizMente', o 'Projeto ES´COOL' e o 'Programa Mais Contigo' [PMC].

O PMC foi o escolhido por nós e pelo EEESIP orientador pois, no âmbito da promoção da saúde mental e bem-estar em adolescentes, é um programa estruturado e acessível para implementação. Assenta num projeto de investigação (do tipo quasi-experimental com grupo de controlo) e conta com um grande volume de produção científica recente (Santos et al., 2021). Embora incida essencialmente sobre promoção do desenvolvimento de competências socioemocionais, na sua sequência, alarga o escopo de ação à prevenção de comportamentos suicidários e combate ao estigma em saúde mental. A população alvo do programa são os adolescentes do terceiro ciclo, do ensino secundário e restante comunidade educativa.

O nosso contributo na implementação traduziu-se na operacionalização de todo o processo, para que o PMC se iniciasse junto dos adolescentes e restante comunidade educativa, no início do novo ano letivo. Não estaríamos no momento da implementação propriamente dito, sendo o projeto depois liderado e continuado pelo EEESIP orientador. Nesta fase mais estrutural, participámos com o EEESIP orientador no módulo formativo de dinamizadores do PMC, apresentámos o PMC às equipas de PES de dois AE (plano da sessão - Apêndice V); e formalizámos a intenção de participação (depois de acordado com os responsáveis da escola, equipa de PES e equipa de SE) através de uma candidatura conjunta ao PMC. No que se refere à sessão de apresentação, pela avaliação ao longo da mesma, afirmamos que a informação foi apreendida. Não foi realizada uma avaliação global da sessão nem do desempenho do formador pois, pelo seu carácter de reunião, não revelou ser pertinente.

Focando o desenvolvimento do projeto de intervenção no contexto clínico da UCC-SE, fomos avaliando o processo e os resultados. Concluímos, pela observação, pelos documentos produzidos e pelo feedback de todos os envolvidos, que as necessidades e as prioridades foram identificadas, os recursos foram devidamente mobilizados, as parcerias foram envolvidas no processo, o planeamento das ações foi devidamente definido e implementado e as ações programadas foram realizadas.

Os resultados das atividades realizadas passaram por uma maior sensibilização para a promoção da saúde mental na adolescência e pela formalização da proposta de adesão ao PMC. Soubemos, à posteriori, da implementação e continuidade do PMC nos dois AE. Com isto, podemos afirmar que o nosso projeto aumentou a exposição dos alunos a programas de saúde mental, meta definida pelo PNSM.

3.3 – PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NUMA UNIDADE DE CUIDADOS INTENSIVOS NEONATAIS

A promoção da saúde mental na adolescência numa UCIN é um desafio e pode até parecer uma contradição - do nascimento à adolescência vai uma longa distância. Os CCD trazem aqui um importante enquadramento. Cuidar no presente com a intenção de promover a saúde no futuro é uma prática de qualidade com ganhos major em saúde (DGS, 2017).

O desafio mencionado, associado à filosofia dos CCD, levou-nos a considerar a premissa de que um dos fatores determinantes da saúde mental ao longo do ciclo de vida é a vinculação segura. Winston (2016) corrobora esta afirmação dizendo que o desenvolvimento emocional tem por base um vínculo forte e seguro. O mesmo autor acrescenta ainda que a falta desse vínculo pode levar, a longo prazo, a problemas de saúde mental.

Numa UCIN, o processo de vinculação é inevitavelmente interrompido (Querido et al., 2022). Quer pela transição para o papel parental, quer pelos sentimentos de impotência, os pais/mães experienciam diferentes níveis de stress (Mangel, 2018). O afastamento daquele que seria o ambiente ótimo para a parentalidade, parece ser acompanhado de um distanciamento emocional e consequente risco para o desenvolvimento do bebé e das competências parentais (OE, 2015).

Com o acima exposto, promover a vinculação pais/mães e RN no agora, é promover a saúde mental na adolescência no futuro e por este motivo mantivemos o objetivo geral e o problema definido inicialmente.

Realizámos uma entrevista ao/à enfermeiro/a chefe do Departamento de Pediatria, aos enfermeiros/as coordenadores/as da UCIN e ao EEESIP orientador. Nestas entrevistas, o diagnóstico inicial foi validado e dirigido à população-alvo da UCIN pelo reconhecimento dos seguintes aspetos: pertinência da temática; déficit de conhecimento dos pais/mães face à importância da vinculação; espaço para mais estratégias facilitadoras da vinculação; e procura, por parte da equipa de enfermagem, de um cuidado que refletisse a humanitude.

Perante a especificidade do diagnóstico de situação realizado, foram elaborados os seguintes objetivos específicos:

- sensibilizar a equipa de enfermagem para o seu papel fundamental na promoção da vinculação pais/mães/RN;
- capacitar os pais para uma vinculação segura;
- contribuir para a integração de uma estratégia facilitadora da vinculação pais/mães/RN.

De forma a cumprir estes objetivos, foram planeadas as seguintes atividades:

- reflexão com a equipa de enfermagem sobre o seu papel fundamental na promoção da vinculação pais/mães/RN;
- mapeamento na literatura das intervenções de enfermagem na promoção da vinculação;
- elaboração de suporte informativo (em formato de vídeo) dirigido aos pais sobre 'Processo de Vinculação na UCIN';
- ensino aos pais/mães sobre estratégias para uma vinculação segura no momento de envolvimento nos cuidados ao RN;
- identificação das intervenções de enfermagem na promoção da vinculação já utilizadas pela equipa de enfermagem;
- elaboração de uma scoping review: Benefícios da leitura para RN prematuros internados na UCIN;
- implementação de biblioteca (seleção e aquisição de livros; elaboração de marcador de livro);
- elaboração de suporte informativo para a equipa de enfermagem;

- dinamização da iniciativa 'Minutos de Conversa – Incentivar momentos de leitura ao RN na UCIN'.

A promoção da vinculação integra a filosofia dos CCF, dos CCD e dos CNT, sendo o papel do enfermeiro fundamental na otimização de respostas à mesma (Hockenberry & Wilson, 2015). Sensibilizámos a equipa de enfermagem para este facto através de pequenos momentos de reflexão, dispersos pela rotina dos cuidados. Aproveitámos as passagens de turno e as reuniões de equipa, para introduzir o tema, e com isso acrescentar pertinência a este cuidado tão especial. Conseguimos, com esta reflexão, incentivar a equipa de enfermagem a registar em SClínico® a estratégia facilitadora da vinculação utilizada. Esta sensibilização teve o seu momento auge, quando apresentámos à equipa, a estratégia facilitadora da vinculação implementada por nós.

Averiguámos a mais recente evidência científica no mapeamento das intervenções de enfermagem na promoção da vinculação pais/mães/RN. As estratégias promotoras da vinculação passam, segundo Querido et al. (2022), pela interação com o RN e pela interação com a equipa de enfermagem. Os momentos de interação com os RN acontecem através da proximidade física, da amamentação e do envolvimento precoce nos cuidados. O último vai ao encontro do modelo de parceria de cuidados de Anne Casey. Querido et al. (2022) acrescentam, no que respeita à proximidade física, que esta contempla o toque positivo (abraço com mãos, massagem, método Canguru) a voz (conversar, cantar ou ler para os RN) e o cheiro (método Canguru, 'Bonding Hearts' mencionados anteriormente). Na interação com a equipa de enfermagem temos como facilitadores do processo de vinculação, a comunicação e o apoio emocional.

Considerando os meios disponíveis na unidade, nomeadamente 'tablets' para utilização pelos pais na educação para a saúde, construímos um suporte informativo (em formato de vídeo) intitulado 'Processo de Vinculação na UCIN: Desafios e Estratégias'. Este permitiu transmitir informação aos pais/mães sobre estratégias para uma vinculação eficaz. A utilização de vídeos como recurso educacional na saúde é amplamente reconhecida como uma estratégia eficaz para a promoção de conhecimentos e comportamentos saudáveis (Smith & Silva, 2018). O reforço deste ensino e o incentivo à utilização de estratégias promotoras da vinculação, foram acontecendo de forma natural, nos momentos de envolvimento dos pais /mães nos cuidados ao RN.

Percebemos, pela observação feita, que a UCIN promove a vinculação incentivando a amamentação, a proximidade física (método canguru e toque) e o envolvimento precoce nos cuidados. Tem também um papel diferenciador na interação da equipa de enfermagem com os pais/mães. Notámos que não são utilizas estratégias de promoção da vinculação, através da voz. Estas são, por inúmeras condicionantes do ambiente hospitalar, das intervenções menos utilizadas (Williamson & McGrath, 2019).

Escolhemos assim, integrar a leitura pelos pais/mães aos RN nos cuidados de enfermagem da UCIN. Envolver precocemente os pais em momentos de interação com os seus bebés, através da leitura, tem benefícios a curto e longo prazo (Harding et al., 2019).

Aproveitando esta procura da mais recente evidência e, apercebendo-nos da sua pouca disponibilidade, elaborámos uma 'scoping review' intitulada 'Benefícios da leitura para os recém-nascidos prematuros internados na UCIN' (Apêndice VI).

Sumariamente, a leitura na UCIN tem benefícios múltiplos: dá conforto ao bebé e diminui os níveis de stress de todos os envolvidos (Jain et al., 2021); permite uma sensação de controlo, intimidade e normalidade (Jain et al., 2021); introduz no ambiente da UCIN, a voz dos pais/mães em contraste com o som habitual das máquinas e alarmes (Neri et al., 2021); aumenta o tempo de exposição à voz dos pais/mães (Neri et al., 2021); e promove a vinculação (Mangel, 2018). Adicionalmente, suporta o desenvolvimento cognitivo e da linguagem (Brignoni-Pérez, 2021) e introduz uma rotina de leitura que poderá ter continuidade no período pós-alta (McMahon et al., 2020).

Operacionalizámos a intenção acima mencionada com a implementação de uma biblioteca na UCIN. Esta implementação passou por uma fase mais estrutural:

- seleção (livros com mensagens positivas) e aquisição (doações de editoras e particulares) dos livros infantis;
- articulação com o estipulado pelo Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos (Encapamento e identificação dos livros, caixa para quarentena dos mesmos);
- elaboração de marcador de livro (com versão em português e versão em inglês tem descritos os benefícios da leitura no contexto UCIN e um código QR com acesso à lista de livros da biblioteca) - ;

- elaboração de suporte informativo para a equipa de enfermagem (tem descrita a pertinência da leitura na UCIN e uma proposta de abordagem ao incentivo da mesma - optámos por deixar disponível em versão digital [através de código QR afixado em vários locais da unidade] para uma maior e mais fácil acessibilidade).

Depois da estrutura criada, retomámos à sensibilização da equipa da UCIN e à capacitação dos pais/mães para esta intervenção em particular.

Promovemos a iniciativa "Minutos de conversa – Incentivar momentos de leitura ao RN na UCIN" (Plano em Apêndice VII), a qual surgiu no equilíbrio entre uma sessão de formação propriamente dita e a sobrecarga de trabalho da equipa no momento do nosso estágio. Aderiram dez enfermeiros (enfermeiro chefe, enfermeiros/as coordenadores/as, enfermeiro chefes de equipa) e dois assistentes operacionais. Consideramos que poderíamos ter feito uma divulgação mais abrangente e com maior tempo de antecedência (médicos, educadores de infância, psicólogos, técnico de serviço social). Pela avaliação ao longo da sessão afirmamos que a informação foi apreendida. As questões colocadas foram pertinentes e enfatizam o interesse neste tema. O feedback dos participantes revelou a pertinência da sessão, assim como, uma clara exposição da nossa parte.

Como abordagem possível ao incentivo da leitura, sugerimos que no início do internamento, a equipa de enfermagem personalize e entregue o marcador de livro aos pais/mães, explique sucintamente quais os benefícios da leitura e enderece o convite para lerem junto à incubadora ou, se a situação assim o permitir, quando em método Canguru. O livro pode ser escolhido pelos pais da lista de livros da biblioteca e pode acompanhá-los o tempo que entenderem. Quando devolvidos, os livros devem ser higienizados no exterior com solução desinfetante e colocados em caixa própria durante 72 horas, segundo indicação do Grupo de Coordenação Local do Programa de Prevenção e Controlo de Infeções e de Resistência aos Antimicrobianos.

Importante desmistificar junto dos pais/mães que os momentos de leitura não estão restritos a determinada idade. Como em qualquer outra interação com um RN prematuro, são os sinais (de aproximação ou afastamento) que o bebé exibe que dita a continuidade ou interrupção da leitura. Importante também acompanhar os pais/mães na identificação e reconhecimento destes sinais. Os momentos de leitura serão inicialmente curtos e rápidos,

tendencialmente maiores ao longo de uma rotina que se vai construindo. A intenção será que estes momentos de exposição à voz dos pais/mães sejam cada vez mais prolongados.

Focando o desenvolvimento do projeto de intervenção no contexto clínico da UCIN, fomos avaliando o processo e os resultados. Concluímos, pela observação, pelos documentos produzidos e pelo feedback de todos os envolvidos, que as necessidades e as prioridades foram identificadas, os recursos foram corretamente mobilizados, o planeamento das ações foi devidamente definido e implementado e as ações programadas foram realizadas.

Os resultados das atividades realizadas passaram por uma maior sensibilização da equipa de enfermagem, para o seu papel fundamental na promoção da vinculação pais/mães/RN, pela capacitação dos pais para uma vinculação segura; e pela implementação de uma biblioteca. Adquirimos 26 livros. O feedback inicial foi bastante promissor. Mães/pais verbalizaram que os momentos de leitura os ajudaram a sentirem-se mais próximos dos seus bebés, que se sentiram úteis e capazes. Referiram também um sentido de normalidade e controlo, que há muito procuravam. A equipa de enfermagem verbalizou ser uma adição importante para a humanização dos cuidados. À posteriori, confirmámos a continuidade desta prática na UCIN.

O nosso entusiasmo face a esta atividade foi difícil de conter no curto espaço de tempo de estágio. Sentimos que podíamos inspirar, expandir e cuidar ainda mais. Queremos ir mais além. Do ponto de vista estrutural, queremos adicionar à biblioteca livros infantis escritos em língua inglesa e criar uma biblioteca digital exclusiva para casos de isolamento de contato. Do ponto de vista da visibilidade dos cuidados estamos a trabalhar um artigo sobre a implementação da biblioteca, queremos fazer um estudo de investigação com resultados formais (questionários aos pais e equipa da UCIN) e, quem sabe, expandir a leitura a todo o cuidado pediátrico.

A implementação da biblioteca foi divulgada em duas ocasiões distintas:

- Apresentação do póster ‘Bonding Books: Uma biblioteca na UCIN’ no VII Encontro da APEPEN – prémio de melhor poster.
- Realização de ‘Webinar’ com o mesmo título, integrado no ‘Laboratório de Ideias’ da APEPEN. Participaram vinte e três enfermeiros. A avaliação da sessão evidenciou os conceitos ‘cuidar em humanitude’, ‘inovação’ e ‘inspiração’.

Ambas as ocasiões possibilitaram assegurar o conhecimento externo sobre o projeto e a partilha e discussão das estratégias adotadas.

3.4 – PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NUMA UNIDADE DE URGÊNCIA PEDIÁTRICA

A promoção da saúde mental na adolescência assume um papel relevante na UUP pois, apesar do tempo de contacto ser reduzido na maioria dos casos, traduz-se numa oportunidade única de contacto do adolescente com a unidade de saúde (mais escasso nesta etapa do ciclo de vida).

Realizámos uma entrevista ao/à enfermeiro/a coordenadora da UUP e ao EEESIP orientador. Nestas entrevistas, o diagnóstico inicial foi validado e delimitado pelo reconhecimento dos seguintes aspetos: pertinência da temática; ausência de sensibilização para a temática; ausência de conhecimento da equipa de enfermagem para as características próprias da etapa de desenvolvimento; elevados níveis de stress e ansiedade verbalizados pelos adolescentes; e vontade do/a enfermeiro/a coordenador que a intervenção integrasse um dos projetos em desenvolvimento na UUP.

Perante a especificidade do diagnóstico de situação realizado, foram elaborados os seguintes objetivos específicos:

- sensibilizar a equipa da UUP para a promoção da saúde mental na adolescência
- capacitar o adolescente para uma regulação emocional eficaz.

De forma a cumprir estes objetivos, foram planeadas as seguintes atividades:

- reflexão com a equipa de enfermagem sobre a promoção da saúde mental na adolescência;
- sessão de reflexão ‘Desconstruir para Cuidar: Uma reflexão sobre a adolescência;
- identificação das intervenções de enfermagem específicas para a promoção da saúde mental já utilizadas na UUP;
- elaboração de suporte informativo (formato ebook) para adolescentes: ‘Regulação Emocional: Um guia prático para adolescentes;
- ensino aos adolescentes sobre técnicas de regulação emocional no stress e ansiedade.

Contextualizando o adolescente na UPP à luz da TTAM, à transição de desenvolvimento adiciona-se a transição de saúde-doença (Meleis, 2007). Cabe ao enfermeiro identificar os níveis e a natureza das vulnerabilidades nestas transições e, nos pontos considerados

vulneráveis, intensificar a sua intervenção de forma a proporcionar a vivência de uma transição saudável. A intervenção reflete a diversidade e a complexidade das experiências de transição e tem por base o conhecimento (Meleis, 2007). Importa conhecer para cuidar e neste caso em particular, importa conhecer a adolescência, as suas características transicionais e o seu caráter positivo (facto elencado no diagnóstico de situação como necessário). Só assim conseguiremos um cuidar efetivo e de qualidade na promoção da saúde mental que objetivámos.

Com isto, planeámos uma sessão de formação (Apêndice VIII) intitulada 'Desconstruir para cuidar: Uma reflexão sobre adolescência'. Quisemos enfatizar a necessidade de encarar a adolescência como a etapa positiva que é e assim cuidar de forma mais holística.

A população-alvo foi a equipa de enfermagem da UUP e a equipa de enfermagem da UIP. A sessão de formação esteve agendada em duas datas diferentes, acabando ambas por não se confirmar pelos condicionantes impostos pela greve dos enfermeiros. Partilhámos o material para consulta e disponibilizámo-nos para efetivar a sessão no futuro.

Fomos, ao longo do estágio, sensibilizando a equipa de enfermagem para a temática através de pequenos momentos de reflexão dispersos pela rotina dos cuidados. Aproveitámos as passagens de turno, os momentos de menor afluência e os casos práticos vivenciados na unidade para introduzir e debater conceitos, mitos, limitações e estratégias relativas à promoção da saúde mental. O instrumento desenvolvido (infra explicado e descrito) no segundo objetivo específico levou também a uma sensibilização (de todos os envolvidos) para a regulação emocional em particular.

No diagnóstico de situação, percebemos que não são utilizadas estratégias específicas para a promoção da saúde mental na adolescência na UUP. Percebemos também que existe um elevado nível de stress e ansiedade nesta faixa etária. Com esta informação delineámos o segundo objetivo específico.

Um dos fatores de proteção de saúde mental é, segundo Lennarz et al. (2019), uma regulação emocional [RE] eficaz. RE refere-se à capacidade para gerir as próprias respostas emocionais. Inclui estratégias para aumentar, manter ou diminuir a intensidade, duração e trajetória de emoções positivas e negativas (Gross, 2015).

É a partir da adolescência que se adquirem estratégias fundamentais para a regulação emocional (Young et al., 2019) e como tal o repertorio de estratégias do adolescente ainda é pequeno. Reforçar uma RE eficaz é promover a saúde mental.

Neste seguimento, elaborámos um 'ebook' intitulado 'Regulação Emocional – um guia prático para adolescentes'. Nesta faixa etária, a utilização de 'e-books' como recurso educacional oferece muitas vantagens pois são de acessibilidade fácil e contemplam uma experiência de aprendizagem mais envolvente e interativa (Silva et al., 2020).

Este 'e-book' convida o adolescente a identificar a sua emoção (utilizando o identificador do estado emocional), a percecionar a adequação ou não à função que está a desempenhar, e a planear a sua RE. Oferece estratégias a curto (respiração – técnica do quadrado; técnica dos cinco sentidos; e utilização de afirmações positivas) e longo prazo (método ARSENAL), estratégias estas mais direcionadas para a gestão do stress e ansiedade.

O identificador do estado emocional ('Mood Meter'), desenvolvido pelo 'Yale Center for Emotional Intelligence', é um instrumento contruído com base na evidência e almeja impulsionar a inteligência emocional através do treino de autoconsciência e RE (Queirós, 2014). Tem dois eixos e quatro quadrantes, no eixo vertical temos o nível de energia (reduzida e elevada) e no eixo horizontal qual o tipo de sensação (agradável ou desagradável) associado. Este conhecimento (saber onde estamos) é determinante para o estabelecimento de um plano orientador.

As estratégias descritas no 'e-book' enquadram-se nas abordagens e terapias complementares, amplamente suportadas na evidência e passíveis de ser mobilizadas pelo EEESIP na otimização dos ganhos em saúde. O método ARSENAL (Thompson, 2010) avalia sete categorias que devemos nutrir na promoção da saúde mental. São elas:

- A ('awareness' – estar consciente do que está a acontecer em nosso redor, focar a atenção nos detalhes e no que sentimos);
- R ('rest' – sono e descanso);
- S ('support' - redes de suporte familiar presente, amigos);
- E ('exercise' - prática de exercício regular, contemplar exercícios de força e alongamentos);
- N ('nutrition' – alimentação saudável);

- A (‘attitude’ – otimismo, proatividade nos desafios da vida);
- L (‘learning’ – intencionalidade na aprendizagem, estímulo intelectual constante).

A respiração consciente (técnicas do quadrado), a técnica dos cinco sentidos e a utilização de afirmações positivas são técnicas de ‘mindfulness’ pois permitem direcionar o foco da nossa atenção ao momento presente (Queirós, 2014). Permitem também a gestão de emoções de elevada intensidade e a interrupção de pensamentos persistentes e limitantes.

Para além deste instrumento, com a intenção de capacitar o adolescente para a RE eficaz, aproveitámos todas as oportunidades (mesmo os momentos fugazes na triagem) para reforçar o elo entre hábitos de vida saudável e saúde mental. Estabelecemos uma comunicação aberta, permitindo a expressão de emoções e preocupações. Nas salas de tratamentos fomos fazendo o ensino de estratégias que, quando treinadas e utilizadas, permitem a diminuição da intensidade da ansiedade e do stress.

Focando o desenvolvimento do projeto de intervenção no contexto clínico da UUP, fomos avaliando o processo e os resultados. Concluímos, pela observação, pelos documentos produzidos e pelo feedback de todos os envolvidos, que as necessidades e as prioridades foram identificadas, os recursos foram corretamente mobilizados, o planeamento das ações foi devidamente definido e implementado. As ações programadas não foram realizadas na totalidade. A sessão de reflexão não se concretizou e o e-book, apesar de elaborado, aguarda aprovação para ser disponibilizado via código QR aos adolescentes que recorrem à UUP.

Os resultados das atividades realizadas passaram por uma maior sensibilização da equipa de enfermagem, para o seu papel fundamental na promoção da saúde mental, na adolescência e pela capacitação dos adolescentes, para uma RE eficaz. O feedback que fomos recebendo foi sempre positivo. Os adolescentes foram verbalizando entusiasmo perante a eficácia das estratégias ensinadas e a equipa de enfermagem, por outro lado, reconheceu a importância do seu papel nesta área.

Sentimos uma maior dificuldade na implementação de atividades neste contexto pelos condicionamentos burocráticos e fator tempo associado. No entanto, sabemos que impactámos a qualidade dos cuidados prestados e que as atividades terão continuidade. A unidade tem em desenvolvimento um projeto (de momento também a aguardar aprovação) no âmbito da capacitação da equipa de enfermagem, para o cuidado em saúde mental, que integrará o

trabalho por nós desenvolvido. Também no decorrer da nossa intervenção, formou-se um grupo de trabalho no sentido de uniformizar práticas de cuidados nesta área e construir um indicador de qualidade.

3.5 – PROMOÇÃO DA SAÚDE MENTAL NUMA UNIDADE DE INTERNAMENTO DE PEDIATRIA

A promoção da saúde mental na adolescência assume um papel relevante na UIP pois, contextualizando na TTAM, adicionamos a hospitalização (transição situacional) e ficamos com a vivência de uma transição tripla.

A hospitalização em idade pediátrica reflete um sentimento de separação, amplo que se processa "em relação ao ambiente familiar físico e afetivo" (Diogo et al., 2016, p. 29). A transição situacional gera emoções no binómio criança/jovem e família, as quais nem sempre se conseguem compreender, utilizar e/ou regular.

Realizámos uma entrevista ao/à enfermeiro/a coordenadora da UIP e ao EEESIP orientador. Nestas entrevistas, o diagnóstico inicial foi validado e delimitado pelo reconhecimento dos seguintes aspetos: pertinência da temática; ausência de sensibilização para a temática; níveis baixos de literacia emocional percecionados nas crianças/jovens e famílias; inexistência de intervenções promotoras do desenvolvimento da literacia emocional; e pedido do/a enfermeiro/a coordenador que a intervenção integrasse o projeto da humanização de cuidados em desenvolvimento na UIP.

Perante a especificidade do diagnóstico de situação realizado, foram elaborados os seguintes objetivos específicos:

- sensibilizar a equipa da UIP para o seu papel fundamental na promoção da saúde mental na adolescência;
- contribuir para o desenvolvimento da literacia emocional nas crianças/jovens e famílias.

De forma a cumprir estes objetivos, foram planeadas as seguintes atividades:

- reflexão com a equipa de enfermagem sobre o seu papel fundamental na promoção da saúde mental na adolescência;
- identificação das intervenções de enfermagem específicas para a promoção da

saúde mental já utilizadas na UIP;

- organização de uma 'Biblioteca das Emoções' (aquisição e seleção de livros)
- incentivo à leitura dos livros;
- dinamização da iniciativa 'Desenha a tua emoção'.

Ao longo do estágio, refletimos com a equipa de enfermagem sobre o seu papel na promoção da saúde mental na adolescência, de forma contínua. Aproveitámos as passagens de turno e os momentos informais de 'debriefing' de situações de grande intensidade emocional na criança/jovem e família. Reforçámos a assunção do papel de gestor emocional do enfermeiro, papel este em que, através de estratégias, é um facilitador da RE nas crianças/jovens e famílias. Enfatizámos a qualidade da prática de envolvimento da família nos cuidados, e contextualizámos a mesma como uma estratégia de RE para todos os envolvidos. Por último, alertámos para outras estratégias como a preparação da criança/jovem e família para os procedimentos (transformando a emoção em antecipada em vez de reativa), a distração e a atividade lúdica.

De forma a mitigar os efeitos negativos da hospitalização, a UIP, integrado no seu projeto de humanização dos cuidados, está neste momento a iniciar a implementação de uma biblioteca na unidade. Tem como principal objetivo tornar o ambiente hospitalar mais agradável e apoiar as crianças/jovens e famílias na adaptação à hospitalização. O foco está também na literacia em geral.

Aproveitámos e integrámos este recurso e particularizámos a literacia em geral para literacia emocional. A literacia emocional foca-se na compreensão (conhecimento que tem) e expressão (como utiliza) das emoções (Moreira, 2019). Integra a RE eficaz e promove a saúde mental.

Almejando o aumento do conhecimento sobre as emoções, organizámos uma 'Biblioteca das Emoções'. A operacionalização desta atividade, pelo seu carácter integrativo na biblioteca geral, resumiu-se à aquisição e seleção de livros que permitissem veicular informação direcionada, para a identificação de emoções, em si e nos outros. Adquirimos dez livros e com estes, incentivámos momentos de leitura partilhada, adequados às necessidades de cada criança/jovem e família.

Outra atividade implementada no sentido do desenvolvimento da literacia emocional foi o desafio 'Desenha a tua emoção'. Escolhemos esta atividade pois a atividade lúdica (o desenho neste caso em particular) no ambiente hospitalar permite a expressão de emoções, revelando o processo de adaptação às transições e ao mesmo tempo atenuar possíveis vivências negativas (Altay et al., 2017).

Aqui, utilizando mais uma vez os recursos do serviço, estabelecemos uma parceria com o educador de infância na otimização/sinergia de papéis. Esta atividade abrangeu a faixa etária dos dez aos dezassete anos (estadio de desenvolvimento que permite a compreensão da intenção da atividade) e consistiu na explicação da mesma, fornecimento de impresso próprio, obtenção de consentimento para utilização neste relatório, bem como numa exposição pública futura (assegurámos sempre a proteção de dados). No momento da recolha do desenho, o adolescente e a família eram convidados, num momento de tranquilidade e empatia, a falar sobre o mesmo (se assim o entendessem). Os dez desenhos que recolhemos ao longo do estágio foram uma fonte riquíssima na identificação de emoções. A iniciativa continua a decorrer com o objetivo da exposição dos desenhos pelas diferentes unidades do Departamento de Pediatria.

Focando o desenvolvimento do projeto de intervenção no contexto clínico da UIP, fomos avaliando o processo e os resultados. Concluímos, pela observação e pelo feedback de todos os envolvidos, que as necessidades e as prioridades foram identificadas, os recursos foram corretamente mobilizados, o planeamento das ações foi devidamente definido e implementado e as ações programadas foram realizadas. Inicialmente tínhamos idealizado a iniciativa 'Desenha a tua emoção' como uma competição, à semelhança do que é feito com o 'Desenha a tua dor'. A burocracia envolvente assim não o permitiu e transformámos a ideia de competição em exposição.

Os resultados das atividades realizadas passaram por uma maior sensibilização da equipa de enfermagem, para o seu papel fundamental na promoção da saúde mental na adolescência na UIP, pela integração da biblioteca das emoções e pela adesão à iniciativa 'Desenha a tua emoção'. Desenvolvemos a literacia emocional e concomitantemente sentimos que tivemos impacto na mitigação de stressores associados à hospitalização e situação de saúde/doença. O feedback foi muito reconfortante. Crianças/jovens e famílias verbalizaram uma 'lufada de ar fresco' trazida por estas atividades. Referiram também um sentido de

normalidade na atividade. A equipa de enfermagem verbalizou ser uma adição importante para a humanização dos cuidados.

4 – DESENVOLVIMENTO E CRESCIMENTO PROFISSIONAL: EPÍTOME REFLEXIVA SOBRE O DESENVOLVIMENTO DE COMPETÊNCIAS

A prática reflexiva, prática indissociável da condição de enfermeiro especialista, tem sido uma constante ao longo deste ciclo de estudos. Permitiu-nos, não só, a compreensão dos conhecimentos e habilidades apreendidas nas experiências de prática especializada, mas também a sua incorporação na melhoria da nossa atuação.

No anteriormente exposto, em cada um dos contextos clínicos de estágio e em associação ao projeto de intervenção, fomos evidenciando a nossa reflexão. Emerge, no seu seguimento, a necessidade de síntese e organização do desenvolvido e adquirido.

Este capítulo concretiza-se com essa finalidade e tem por base o respetivo enquadramento regulador (Regulamento n.º 140 de 2019, Regulamento n.º 422 de 2018 e Decreto-Lei n.º 65 de 2018). Retrata o aprofundamento dos domínios de competências do ECG e o consequente desenvolvimento e aquisição de competências especializadas (comuns e específicas). Abrange também o desenvolvimento e aquisição de competências inerentes ao grau de mestre.

4.1 – COMPETÊNCIAS COMUNS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM

As competências comuns do enfermeiro especialista são “demonstradas através da sua elevada capacidade de conceção, gestão e supervisão de cuidados e, ainda, através de um suporte efetivo ao exercício profissional especializado no âmbito da formação, investigação e assessoria” (Regulamento n.º 140, 2019, p. 4745).

Estão distribuídas por quatro domínios: domínio da responsabilidade profissional, ética e legal; domínio da melhoria contínua da qualidade; domínio da gestão de cuidados; e domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais.

O desenvolvimento de competências nos quatro domínios foi transversal a toda a experiência de prática especializada e tem associado um compromisso permanente no desenvolver e garantir uma práxis promotora de cuidados de qualidade.

O **domínio da responsabilidade profissional, ética e legal** integra duas competências: desenvolve uma prática profissional ética e legal, na área de especialidade, agindo de acordo com as normas legais, os princípios éticos e a deontologia profissional; e garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais.

O agir segundo normas jurídicas e deontológicas é crucial na construção de práticas, seguras e promotoras do respeito pelos direitos humanos. O nosso compromisso iniciou-se pela compreensão clara da regulamentação do exercício profissional do enfermeiro e do código deontológico, pelo qual se rege. Foi necessário aprofundar e rever conhecimento outrora adquirido.

Ao nosso agir, qualquer que seja o contexto, está sempre inerente um processo de tomada de decisão fundamentado pelo conhecimento e pela experiência. Integrar princípios éticos, nesse processo, é algo contemplado na nossa deontologia profissional e que fomos desenvolvendo, ao longo do, nosso vasto percurso enquanto enfermeiros. Princípios éticos da beneficência, da não maleficência, da justiça e do respeito pela autonomia envolvem o nosso agir e refletem aquela que deve ser a nossa preocupação com a defesa da liberdade e da dignidade da pessoa humana (Lei n.º 156, 2015).

A atual experiência prática especializada trouxe desafios e oportunidades de validação deste agir ético-deontológico, permitindo-nos ir mais além, no questionamento e reflexão. As decisões tomadas integram o superior interesse da criança/jovem de quem cuidamos? É a opinião e vontade da criança/jovem que está no centro da decisão?

Na verdade, a decisão tomada terá repercussão na vida de quem a decisão diz respeito e como tal, as tomadas de decisão relativas às crianças e jovens devem ter, de acordo com o estadio de desenvolvimento, a sua participação ativa. Este envolvimento é facilmente reconhecido nos adultos, mas não é assim tao linear em saúde infantil e pediátrica (Coyne, 2016). Por vezes fica invisível. Por isto, assumimos processos de tomada de decisão partilhados e trabalhámos sempre, no sentido, deste envolvimento. É da nossa responsabilidade a certificação da presença da autonomia para a tomada de decisão, promover a integração da criança/jovem nas tomadas de decisão que a eles dizem respeito e prestar cuidados centrados na família, sempre com o objetivo do interesse superior da criança/jovem.

A participação na tomada de decisão evidencia-se pelo consentimento informado, livre e esclarecido (Coyne, 2016). Este é definido no enunciado de posição da OE como o "respeito, promoção e proteção da autonomia da pessoa – está assim, ligado à autodeterminação, à liberdade individual, à formação de uma vontade esclarecida e à escolha pessoal" (2007, p.1). O consentimento informado acompanhou sempre as nossas intervenções, tendo uma formalidade maior, em contexto de comunidade, como já referenciado.

Do direito de consentir (direito à autodeterminação) passamos para o nosso papel fundamental no dever de informação. Assumimos este papel em todo o cuidado por nós prestado. Devemos informar no que respeita aos cuidados de enfermagem; respeitar, defender e promover o direito da pessoa ao consentimento informado; atender com responsabilidade e cuidado a todo o pedido de informação ou explicação feito pelo indivíduo em matéria de cuidados de enfermagem; informar sobre os recursos a que a pessoa pode ter acesso, bem como sobre a maneira de os obter (Lei n.º 156, 2015).

Outro dos deveres acolhidos por nós foi o de sigilo. Este dever cruza com o direito fundamental da criança/jovem e família à sua privacidade e teve especial relevância na faixa etária em estudo, no nosso projeto de intervenção.

Em suma, da nossa práxis clínica, emergiu uma responsabilidade profissional, ética e legal, e um agir de acordo com os princípios éticos e com a deontologia profissional. O nosso exercício profissional foi seguro e respeitou os direitos humanos e as responsabilidades profissionais. Quando, aos princípios éticos do nosso agir, adicionamos a deontologia profissional e o respeito pelos direitos humanos, podem emergir situações de sobreposição ou até mesmo de conflito. E foi aqui, nestes dilemas, que nos apercebemos da aquisição das competências em análise neste domínio.

O **domínio da melhoria contínua da qualidade** integra três competências: garante um papel dinamizador no desenvolvimento e suporte das iniciativas estratégicas institucionais na área da governação clínica; desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua; e garante um ambiente terapêutico e seguro.

A governança clínica é um processo contínuo e sistemático com foco na qualidade dos cuidados (Santos & Sá, 2010). Assenta, segundo os mesmos autores, na formação e

educação permanente, na efetividade clínica, na inovação e desenvolvimento, na transparência, na gestão de risco e na auditoria clínica.

Transversal a todos os contextos, fomos assistindo ao retomar gradual das diferentes dimensões da governança clínica, após período de suspensão (período pandémico e pós-pandémico). Conseguimos perceber que ainda longe do seu potencial, mas acompanhado da motivação de querer fazer bem e melhor.

O nosso compromisso e envolvimento iniciou-se pela compreensão da missão, valores, objetivos e normas pelas quais se regem as instituições, assim como, os seus regulamentos jurídicos e diretrizes do setor da saúde. Assumimos a responsabilidade pela melhoria contínua dos cuidados e trabalhámos em equipa para a alcançar.

Alicerçados nos padrões de qualidade dos cuidados especializados em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (OE, 2017), foi possível refletir a prática e identificar oportunidades para a melhoria contínua da qualidade. Como exemplo, identificámos a necessidade de elaborar um procedimento normativo 'Prevenção e Redução do Risco de Quedas no Utente Pediátrico'. Neste definimos indicadores de processo e de resultado e grelha de auditoria correspondente. Em paralelo, efetivámos outro procedimento 'Preenchimento da escala de avaliação de quedas Sempre em Pé' de forma a uniformizar esta avaliação de risco em particular. Estas atividades enquadraram-se também na gestão de risco e promoção de ambientes seguros.

O nosso projeto de intervenção foi um grande impulsionador para a melhoria da qualidade dos cuidados. Baseado na evidência científica permitiu a atualização do conhecimento das equipas de saúde e a educação dos adolescentes e famílias. As atividades propostas foram inovadoras e ambicionaram ganhos em saúde. Centrou-se nas necessidades dos adolescentes e trouxe estratégias que permitiram uma maior autodeterminação nas escolhas relativas à saúde. Liderámos e apoiámos a equipa no processo de implementação.

Outro aspeto que consideramos pertinente diz respeito à promoção de um ambiente seguro. A prestação de cuidados de saúde é uma atividade complexa, incerta no resultado e com elevado potencial de causar danos para os utentes, profissionais de saúde e para a organização. O "contexto e as condições em que se prestam os cuidados de saúde afetam a segurança e eficácia dos mesmos"; não deixando de considerar de suma importância "os

recursos existentes (dotação/adequação de profissionais de saúde, ferramentas e instrumentos, percursos de cuidados) como promotores ou objetores de ambientes seguros (Despacho n.º 9390, 2021. p.102). Promovemos ambientes acolhedores e seguros, fomentando a sensibilidade, a consciência e o respeito pela identidade cultural e pelas necessidades espirituais das crianças, jovens e famílias.

Inerente a ambientes seguros temos a gestão do risco onde assumimos uma grande responsabilidade na sensibilização para a notificação de incidentes sem culpabilização. Esta é uma prática pouco valorizada nos contextos por onde passámos.

Em suma, integrámos várias dimensões da governança clínica na nossa atuação e ao fazê-lo, participámos na melhoria da qualidade dos cuidados. Estratégias promotoras de ambientes seguros foram resultados dessa integração.

O **domínio da gestão dos cuidados** integra duas competências: gere os cuidados de enfermagem, otimizando a resposta da sua equipa e a articulação na equipa de saúde; e adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto, visando a garantia da qualidade dos cuidados.

Este domínio fica ilustrado pelo desafio na otimização do processo de cuidados associado à escassez severa de recursos humanos nas equipas de saúde.

No que se refere ao método de trabalho da equipa de enfermagem, conseguimos experienciar uma grande diversidade de métodos. Aquele onde nos sentimos mais confortáveis, talvez pelo nosso percurso profissional, foi o método de trabalho por “enfermeiro de referência” e aquele onde nos sentimos menos confortáveis, foi o método de trabalho por equipa. Tivemos um papel importante na articulação com a equipa multidisciplinar e na referenciação para outros prestadores de cuidados de saúde.

O acompanhamento do enfermeiro gestor e do enfermeiro chefe de equipa foi determinante para o desenvolvimento de competências neste domínio, as quais consideramos terem sido facilmente adquiridas. A experiência profissional prévia nesta área foi de especial relevância, sendo apenas necessário o reconhecimento das particularidades e a consequente adaptação a cada um dos contextos por onde passámos.

Com o nosso projeto de intervenção, motivámos e capacitámos a equipa para alcançar novas metas. Agimos como formadores e educadores, orientámos e aconselhámos as equipas dos contextos por onde fomos passando. Contextos diferentes implicaram sucessivas adaptações e utilização eficiente dos recursos disponíveis para responder às necessidades o que acabou por ser sentido mais como uma oportunidade do que um constrangimento.

Necessitámos de habilidades sólidas em liderança. Consideramos, também justificado pela nossa experiência profissional, ter uma liderança transformacional pois fomos catalisadores da mudança, democratas na nossa abordagem (partilhamos responsabilidades com outros elementos da equipa), definimos expectativas claras, fomos inspiradores e influenciámos a equipa a procurar novas ideias (Cope & Murray, 2017). Comunicámos de forma clara e eficaz com todos e ouvimos e respondemos a necessidades dos mesmos.

Em suma, gerimos os cuidados de enfermagem e adaptámos a liderança e a gestão dos recursos às situações e aos contextos, visando a qualidade dos cuidados prestados.

O **domínio do desenvolvimento das aprendizagens profissionais** integra duas competências: desenvolve o autoconhecimento e a assertividade; e baseia a sua práxis clínica especializada em evidência científica.

O desenvolvimento do autoconhecimento é algo, que nos é, intrínseco. Desde cedo procurámos reconhecer em nós, potencialidades e limites, que trazemos para a reflexão do dia-a-dia e que sabemos influenciar o outro. Continuámos a fazê-lo nesta experiência de clínica especializada. Fomos fazendo a nossa reflexão individual e com o EEESIP orientador e nos momentos de avaliação, uma reflexão também com a docente orientadora. Este documento é mais um desses momentos.

Crescemos profissionalmente, abarcando diferentes tipos de conhecimento e fizemos questão de desenvolver a nossa assertividade, nas relações, que fomos construindo. Esta era uma fragilidade nossa e como tal tivemos especial atenção no seu desenvolvimento.

Mantivemos a abertura para a melhoria destas habilidades e fomos treinando a nossa RE. Utilizámos o autoconhecimento e a assertividade nos processos comunicacionais e nos processos de tomada de decisão, principalmente naqueles mais desafiantes e descobrimos a nossa voz na equipa de saúde.

No que respeita à nossa praxis clínica especializada, esta foi sempre baseada em evidência científica. Foi essencial na melhoria do processo de tomada de decisão e qualidade dos cuidados prestados.

O nosso projeto de intervenção é uma vez mais o exemplo pela revisão da literatura prévia. Utilizámos metodologia de projeto e nas atividades realizadas, tivemos de nos fundamentar num conhecimento válido e pertinente.

Fomos atuando como dinamizadores da integração de novo conhecimento nos diferentes contextos.

Fizemos pesquisa bibliográfica contínua, análise crítica da evidência encontrada e interpretação e aplicação do que fomos encontrando. Tivemos um papel importante na também na disseminação e divulgação.

O conhecimento e habilidades adquiridas na área da investigação, fundamentando em paralelo, as competências inerentes ao grau de mestre, revelam uma grande importância na objetivação de cuidados de excelência

Em suma, ambas as competências acimas descritas foram desenvolvidas e adquiridas ao longo desta experiência de prática especializada.

4.2 – COMPETÊNCIAS ESPECÍFICAS DO ENFERMEIRO ESPECIALISTA EM ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIÁTRICA

As competências específicas do enfermeiro especialista são “demonstradas através de um elevado grau de adequação dos cuidados às necessidades de saúde das pessoas” (Regulamento n.º 140, 2019, p. 4745) e são as seguintes: assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde; cuida da criança/jovem e família nas situações de especial complexidade; e presta cuidados específicos em resposta às necessidades do ciclo de vida e de desenvolvimento da criança e do jovem (Regulamento n.º 422, 2018).

O desenvolvimento das competências específicas foi transversal a toda a experiência de prática especializada e tem associado um compromisso permanente no desenvolver e garantir um cuidado de excelência.

No assistir a criança/jovem e família na maximização da sua saúde, tivemos como premissas "a natural dependência da criança, a sua progressiva autonomização e o binómio criança/família como alvo do cuidar" e estabelecemos "uma parceria de cuidar promotora da otimização da saúde" (Regulamento n.º 422, 2018, p.19192). O desenvolvimento desta competência foi acontecendo em todos os contextos clínicos de estágio, mas teve a sua predominância nos cuidados na comunidade e no desenvolvimento do nosso projeto de intervenção.

Para cuidar da criança/jovem e família nas situações de particular exigência, decorrente da sua complexidade, mobilizámos "recursos oportunamente", recorrendo a um "largo espectro de abordagens e terapias" (Regulamento n.º 422, 2018, p.19193). O desenvolvimento desta competência foi acontecendo em todos os contextos clínicos de estágio, mas teve a sua predominância nos cuidados nas unidades hospitalares.

Prestámos cuidados promotores da "maximização do potencial de desenvolvimento desde a vinculação até à juventude" considerando as "especificidades e exigências desenvolvimentais das etapas desta fase do ciclo vital" (Regulamento n.º 422, 2018, p.19194). O desenvolvimento desta competência foi acontecendo em todos os contextos clínicos de estágio, mas teve a sua predominância nos cuidados na comunidade, nos cuidados intensivos neonatais e no desenvolvimento do nosso projeto de intervenção.

Sentimos que a experiência profissional prévia na área da SIP facilitou o desenvolvimento e aquisição das competências específicas do EEESIP. Tivemos (e temos) um especial interesse na área da relação. A realização sentida nas conexões que conseguimos construir, especialmente nas mais desafiantes, é inexplicável. O estabelecimento de uma relação terapêutica foi um desafio motivador e norteador da nossa atuação.

Em suma, a panóplia de atividades desenvolvidas e situações vivenciadas contribuiu de forma equilibrada e harmoniosa para aquela que foi a aquisição de competências específicas da nossa área de especialização.

4.3 – COMPETÊNCIAS INERENTES AO GRAU DE MESTRE

As competências inerentes ao grau de mestre são certificadas em quem demonstre: possuir conhecimentos e capacidade de compreensão a um nível que os desenvolva e

aprofunde e a um nível que constituam a base de desenvolvimentos e ou aplicações originais; saber aplicar os seus conhecimentos e a sua capacidade de compreensão e de resolução de problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares; ter capacidade para integrar conhecimentos, lidar com questões complexas, desenvolver soluções ou emitir juízos em situações de informação limitada ou incompleta, incluindo reflexões sobre as implicações e responsabilidades éticas e sociais que resultem dessas soluções e desses juízos ou os condicionem; ser capaz de comunicar as suas conclusões, e os conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes, quer a especialistas, quer a não especialistas, de uma forma clara e sem ambiguidades; e ter competências que lhes permitam uma aprendizagem ao longo da vida, de um modo fundamentalmente auto-orientado ou autónomo (Decreto-Lei n.º 65, 2018, p. 4162).

Utilizando os conhecimentos adquiridos na componente teórica deste ciclo de estudos e ao longo de todo o percurso académico prévio, conseguimos ir mais além, desenvolvendo e fortalecendo conhecimentos na linha de desenvolvimento 'necessidades em cuidados de enfermagem em populações específicas'. O desenvolver de um projeto de intervenção, com base na metodologia de projeto, ilustrou o acima referido ao integrar, pela análise reflexiva, os contributos das evidências mais atualizadas na área da promoção da saúde mental na adolescência. Conseguimos assim, adquirir conhecimentos e habilidades que ampliaram a nossa competência especializada, e que foram condutores de uma práxis clínica segura e de qualidade.

Tivemos de aplicar conhecimentos, compreender e resolver problemas em situações novas e não familiares, em contextos alargados e multidisciplinares. Os cuidados na comunidade e os cuidados intensivos neonatais não constavam do escopo da nossa experiência de atuação. Aprendemos com múltiplas equipas e, mais que isso, pessoas e sinergias. A 'bagagem' profissional foi ajustada, completada com o saber teórico específico desta área de especialidade e transformada em capacidade para participarmos na resolução dos novos problemas com que nos fomos deparando. Fomos encontrando situações complexas, de resolução também complexa e à qual conseguimos levar respostas. Os princípios éticos e a deontologia profissional estiveram sempre presentes no processo de tomada de decisão. Reconhecemos as particularidades do cuidar em pediatria e assegurámos, em parceria com os cuidadores, a qualidade de cuidados prestados às crianças/jovens e suas famílias.

Comunicámos, de forma clara, conclusões (e conhecimentos e raciocínios a elas subjacentes) do nosso projeto de intervenção a todos os envolvidos. As atividades desenvolvidas tiveram também esta premissa associada em cada um dos contextos clínicos de estágio. Realizámos uma 'scoping review' sobre 'Benefícios da leitura para os recém-nascidos prematuros internados na UCIN' cuja publicação, em revista internacional indexada, estamos a tentar. De uma forma mais abrangente, a comunicação clara foi evidenciada nas duas atividades de divulgação do projeto desenvolvido na UCIN e na apresentação de uma comunicação livre 'Ansiedade e depressão no doente com Covid-19 hospitalizado', trabalho elaborado em co-autoria, no Seminário com o tema Segurança dos Enfermeiros e Clientes em tempos Covid: implicações para uma prática de qualidade.

Participámos, com muito interesse, em projetos de contextos multidisciplinares e intersectoriais. Um dos exemplos foi o "Encontro de Inteligência Emocional e a Escola'. Tivemos também o privilégio de participar na etapa da colheita de dados do projeto de investigação da Escola Superior Saúde do IP de Setúbal, 'Stress Parental e Suporte Social Percebido'.

No que se refere à aprendizagem auto-orientada e autónoma, fomos facilitadores da mesma, participando em diversas formações mencionadas ao longo deste documento. Adicionalmente a essas, e muito direcionado para a pesquisa bibliográfica que fizemos de forma contínua ao longo deste ciclo de estudos, participámos nas formações online CINAHL (EBSCOhost): Enfermagem e disciplinas relacionadas com a Saúde e Nursing Reference Center Plus no dia-a-dia da Enfermagem, promovidas pelo IP Setúbal, no total de uma hora e meia e uma hora respetivamente.

Em suma, consideramos ter efetivado o desenvolvimento e aquisição de competências inerentes ao grau de mestre com um percurso pautado pela excelência e qualidade. Conseguimos intervir de forma especializada e evidenciar uma prática reflexiva no suporte à tomada de decisão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

O documento que ora termina, epitoma em si, nas mais diversas interconexões, aquilo que outrora foram apenas partes de um todo. A sua elaboração, no equilíbrio entre a evidência disponível e a experiência da prática especializada, permitiu ilustrar a vivência do percurso formativo, norteado pelo projeto de intervenção, nas dimensões do ser, do saber e do fazer.

Partimos de uma inquietação, de um desconforto da nossa prática diária profissional e também pessoal. A temática, 'Promoção de Saúde Mental na Adolescência', impulsionou a ação na construção daquele que foi o nosso projeto de intervenção. Validámos, pela revisão da literatura, que é um tema atual e que em muito necessita de intervenção.

A adolescência, pelas frágeis e complexas transições nos papéis de identidade que lhe são características, é uma etapa crucial para o desenvolvimento da saúde mental. Promover este desenvolvimento significa reforçar os seus fatores protetores. Suportámos a nossa prática especializada na TTAM e a particularidade do cuidado em pediatria na filosofia dos CCF e parceria de cuidados.

Considerando os objetivos definidos, quer pela pesquisa desenvolvida sobre a temática proposta e da qual resultou o enquadramento teórico sobre adolescência, saúde mental e promoção de saúde, quer pelo planeamento e execução de um projeto de intervenção, podemos afirmar que foram cumpridos.

Paralelamente, com a prestação de cuidados diferenciados e especializados, promovemos a melhoria dos cuidados de saúde. Recorremos à investigação, baseámos a práxis clínica na evidência e contemplámos referenciais éticos e deontológicos. Participámos ativamente na governação clínica e gestão de cuidados para a sua maior otimização.

Destacamos como principal dificuldade, o tempo curto resultante da conjugação dos nossos múltiplos papéis na família e sociedade. Também sentidos como desafios, a resistência na mudança de paradigmas associados à adolescência e à saúde mental em todos os envolvidos.

Sentimos como fatores facilitadores, o interesse pessoal pela temática e também o acolhimento em todos os contextos onde partilhámos o nosso projeto de intervenção. Acreditamos que despoletámos o interesse e que contribuímos para a implementação de cuidados promotores da saúde mental. Vão ser necessários ajustes e alterações pois, estamos perante um início de um caminho. No entanto, sabemos, desde sempre, onde queremos ir e como podemos lá chegar.

Na continuidade desta reflexão, seria muito interessante, desenvolver programas (não apenas estratégias) de promoção de saúde mental específicos para cada contexto e comprovar os seus ganhos efetivos em saúde. Ficará para um próximo percurso académico! Para já, assumimos o compromisso na divulgação do projeto desenvolvido, assim como a sua expansão a mais contextos. Assumimos também a intenção de desenvolver um estudo da implementação da biblioteca na UCIN.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Altay, N., Kilicarslan-Toruner, E. & Sari, Ç. (2017). The effect of drawing and writing technique on the anxiety level of children undergoing cancer treatment. *European Journal of Oncology Nursing: the official journal of European Oncology Nursing Society*, 28, 1-6. https://doi.org/10.1016/j.ejon.2017.02.007

Antunes, A., Carvalho, J., Rocha, S., Andrade, S., Serrano, C., Sousa, P. & Sousa, P. (2017). Construção do instrumento de avaliação do risco de queda da criança hospitalizada "Sempre em pé". *Sinais vitais*, 125, 32-43.

Bailas, C. (2016). Impacto do uso de sistemas de informação informatizados na carga global de trabalho dos enfermeiros [Dissertação de Mestrado, Escola superior de Enfermagem do Porto]. Repositório Científico de Acesso Aberto de Portugal. http://hdl.handle.net/10400.26/17135

Benner, P. (1984). *From novice to expert: Excellence and Power in Clinical Nursing Practice*. Addison-Wesley Publishing Company

Bittencourt, M., Marques, M. & Barroso, T. (2018). Contributos das teorias de enfermagem na prática da promoção de saúde mental. *Revista de Enfermagem Referência*, 5(18), 125-132. https://doi.org/10.12707/RIV18015

Bousso, R., Poles, K. & Cruz, D. (2014). Conceitos e Teorias na Enfermagem. *Revista Escolar de Enfermagem USP*, 48(1), 141-145. https://doi.org/10.1590/S0080-623420140000100018

Brignoni-Pérez, E., Morales, M.C. & Marchman, V.A. (2021). Listening to Mom in the NICU: effects of increased maternal speech exposure on language outcomes and white matter development in infants born very preterm. *Trials,* 22. https://doi.org/10.1186/s13063-021-05385-4

Burke, K., Dittman, C., Forbes, E. & Eggins, E. (2021). PROTOCOL: A systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials evaluating the impact of parenting programmes for parents of adolescents (10–18 years) on adolescent mental health outcomes, positive development and the parent– adolescent relationship. *Campbell Systematic Reviews*, 17(1). https://doi.org/10.1002/cl2.1146

Carvalho, A., Almeida, C., Amann, G., Leal, P., Marta, F., Pereira, F., Ladeiras, L., Lima, R. & Lopes, I. (2016). Saúde Mental em Saúde Escolar - Manual para a Promoção de Competências Socioemocionais em meio escolar. DGS. https://core.ac.uk/download/pdf/288868323.pdf

Casey, A. (1993). Development and use of the partnership model of nursing care. Em Glasper, E. & Tucker, A. *Advances in Child Health Nursing*, Scutari Press.

Chick, N., & Meleis, A. I. (1986). Transitions: A nursing concern. Em Chinn, P. L. *Nursing research methodology*. Aspen Publication. 237-257. https://repository.upenn.edu/nrs/9

Conselho Nacional de Saúde. (2018). Gerações Mais Saudáveis: Políticas públicas de promoção da saúde das crianças e jovens em Portugal. https://www.cns.min-saude.pt/wp-content/uploads/2018/12/GERACOES-MAIS-SAUDAVEIS.pdf.

Conselho Nacional de Saúde. (2019). Sem mais tempo a perder – Saúde mental em Portugal: um desafio para a próxima década. SEM-MAIS-TEMPO-A-PERDER.pdf (min-saude.pt)

Cope, V., & Murray, M. (2017). Leadership styles in nursing. *Nursing standard (Royal College of Nursing)*, 31(43), 61–70. https://doi.org/10.7748/ns.2017.e10836

Coyne, I., O'Mathúna, D. P., Gibson, F., Shields, L., Leclercq, E. & Sheaf, G. (2016). Interventions for promoting participation in shared decision-making for children with cancer. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. http://dx.doi.org/10.1002/14651858.CD008970.pub3

D'Agata, A.L., Coughlin, M. & Sanders, M.L. (2018). Clinician perceptions of the NICU infant's lived experience: Is the NICU hospitalization Traumatic? *American Journal of Perinatology*, 35. https://doi.org/10.1055/s-0038-1641747

Decreto-Lei n.º 104. (1998). Regulamento do Exercício Profissional dos Enfermeiros. Diário da República, 1.ª série - A, n.º 93 de 21 de abril de 1998. 1739 – 1757. 17391757.pdf (dre.pt)

Decreto-Lei n.º 28. (2008). Estabelece o regime da criação, estruturação e funcionamento dos agrupamentos de centros de saúde do Serviço Nacional de Saúde. Diário da República, 1.ª série, n.º 38 de 22 de fevereiro de 2008. 1182-1189. https://files.dre.pt/1s/2008/02/03800/0118201189.pdf

Decreto-Lei n.º 281. (2009). Cria o Sistema Nacional de Intervenção Precoce na Infância. Diário da República, 1.ª série, n.º 193, de 6 de outubro de 2009. 7298-7301. https://files.dre.pt/1s/2009/10/19300/0729807301.pdf

Decreto-lei n.º 54. (2018). Estabelece o regime jurídico da educação inclusiva. Diário da República, 1.ª série, n.º 129, de 6 de julho de 2018. 2918-2928. https://files.dre.pt/1s/2018/07/12900/0291802928.pdf

Decreto-Lei n.º 65. (2018). Altera o regime jurídico dos graus e diplomas do ensino superior. Diário da República, 1.ª série, n.º 157, de 16 de agosto de 2018. 4147- 4182. https://files.dre.pt/1s/2018/08/15700/0414704182.pdf

Despacho n.º 31292. (2008). Ação de Saúde para Crianças e Jovens em Risco. Diário da República, 2.ª série, n.º 236 de 5 de dezembro de 2008. 49207 – 49231. https://files.dre.pt/2s/2008/12/236000000/4920749231.pdf

Despacho nº 9390. (2021). Plano Nacional para a Segurança dos Doentes 2021 -2026. Diário da República, 2. ª série, n.º 187 de 24 de setembro de 2021. 96-103. https://dre.pt/application/conteudo/171891094

Diogo, P., Vilelas, J., Rodrigues, L., & Almeida, T. (2016). Os Medos das Crianças em Contexto de Urgência Pediátrica: Enfermeiro Enquanto Gestor Emocional. *Pensar em Enfermagem*, 20(2), 26-47. http://hdl.handle.net/10400.26/23729

Direção Geral de Saúde. (2013). Norma nº010/2013. Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil. https://www.dgs.pt/documentos-e-publicacoes/programa-tipo-de-atuacao-em-saude-infantil-e-juvenil-png.aspx

Direção Geral da Saúde. (2015). Norma nº015/2015. Programa nacional de saúde escolar. Programa-Nacional-de-Saúde-Escolar-2015.pdf (eapn.pt)

Direção Geral da Saúde. (2017). Programa nacional para a saúde mental 2017. DGS_PNSM_2017.10.09_v2.pdf (nocs.pt)

Direcção-Geral de Saúde. (2017a). Programas de Saúde Prioritários - Metas de Saúde 2020. https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2017/07/DGS_PP_MetasSaude2020.pdf

Direção Geral da Saúde. (2020). Norma n.º 018/2020. Programa Nacional de Vacinação. https://www.dgs.pt/normas-orientacoes-e-informacoes/normas-e-circulares-normativas/norma-n-0182020-de-27092020-pdf.aspx

Erikson, E. H. (1968). *Identity Youth and Crisis*. W. W. Norton & Company. https://www.academia.edu/37327712/Erik_H_Erikson_Identity_Youth_and_Crisis_1_1968_W_W_Norton_and_Company_1

Ferrito, C., Nunes, L. & Ruivo, M. A. (2010). Metodologia de Projecto: Colectânea Descritiva de Etapas. *Percursos*, 15, http://web.ess.ips.pt/Percursos/pdfs/Revista_Percursos_15.pdf

Fortin, M. F. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.

Frederico, M. & Leitão, M. (1999). *Princípios de Administração para Enfermeiros*. 1ª edição. Formasau.

Gaspar, T., Tomé, G., Gómez-Baya, D., Guedes, F., Cerqueira, Ana., Borges, A. & Matos, M. (2019). Promoção da saúde mental nas escolas – Projeto ES´COOL. *Revista de Psicologia da Criança e do Adolescente*, 8(1), 173-184. https://doi.org/10.34628/rhaq-3f06

Gaspar, T., Guedes, F., Cerqueira, A., Matos, M. & Equipa Aventura Social. (2022). A saúde dos adolescentes portugueses em contexto de pandemia – Dados nacionais do estudo HBSC de 2022. Equipa Aventura Social. https://aventurasocial.com/wp-content/uploads/2022/12/HBSC_Relato%CC%81rioNacional_2022-1.pdf

Goldenring, J., Rosen, D. (2004). Getting into adolescent heads: an essential update. *Modern Medicine*.https://www.peds.arizona.edu/sites/default/files/curriculum-files/headss.pdf

Gross, J. J. (2015). Emotion Regulation: Current Status and Future Prospects. *Psychological Inquiry*, 26(1), 1-26. https://doi.org/10.1080/1047840X.2014.940781

Harding, C., Levin, A., Crossley, S. L., Murphy, R. & Engel–Hoek, L. V. D. (2019). Effects of early communication intervention on speech and communication skills of preterm infants in the neonatal intensive care unit (NICU): A systematic review. *Journal of Neonatal Nursing*, 25(4), 177-188. https://doi.org/10.1016/j.jnn.2019.04.004

Hockenberry, J. & Wilson, D. (2015) – *Wong's Nursing Care of Infant and Children*. 10th edition. Elsevier Mosby.

Jain, V. G., Kessler, C., Lacina, L., Szumlas, G. A., Crosh, C., Hutton, J. S., Needlman, R., & Dewitt, T. G. (2021). Encouraging Parental Reading for High-Risk Neonatal Intensive Care Unit Infants. *The Journal of Pediatrics*, *232*, 95–102. https://doi.org/10.1016/j.jpeds.2021.01.003

Lennarz, H. K., Hollenstein, T., Lichtwarck-Aschoff, A., Kuntsche, E. & Granic, I. (2019). Emotion regulation in action: Use, selection, and success of emotion regulation in adolescents' daily lives. *International Journal of Behavioral Development*, 43(1), 1–11. https://doi.org/10.1177/0165025418755540

Lei n. º 147. (1999). Lei de proteção de crianças e jovens em perigo. Diário da República, 1.ª série, n.º 204 de 1 de setembro de 1999. 6115-6132. https://files.dre.pt/1s/1999/09/204a00/61156132.pdf

Lei n.º 156. (2015). Estatuto da Ordem dos Enfermeiros. Diário da República, 1.ª série, n.º 181 de 16 de setembro de 2015. 8059-8105. https://dre.pt/application/file/a/70309872

Manthey, M. (2014). A prática do primary nursing: prestação de cuidados dirigida pelos recursos, baseada no relacionamento. Editora Atheneu.

Neri, E., De Pascalis, L., Agostini, F., Genova, F., Biasini, A., Stella, M. & Trombini, E. (2021). Parental Book-Reading to Preterm Born Infants in NICU: The Effects on Language Development in the First Two Years. *International journal of environmental research and public health*, *18*(21). https://doi.org/10.3390/ijerph182111361

Meleis, A. I., Sawyer, L., Im, E., Hilfinger Messias, D., & Schumacher, K. (2000). Experiencing transitions: An emerging middlerange theory. *Advances in Nursing Science*, 23(1), 12-28. https://doi.org/10.1097/00012272-200009000-00006

Meleis, A. I. (2007). *Theoretical nursing:development and progress*. 4th edition. Lippincott Williams and Wilkins.

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

Ministério da Saúde. (2008). Plano Nacional de Saúde Mental 2007-2016 - Resumo Executivo. Coordenação Nacional para a Saúde Mental. https://www.adeb.pt/files/upload/paginas/Plano%20Nacional%20de%20Saude%20Mental.pdf

McMahon, E., Tebbs, A., Shanmugalingam, S. & Harding, C. (2020). Supporting parents to read to their infants on a level 2 neonatal unit: launch of a neonatal library. *Infant*. 16(6), 259-62. https://www.infantjournal.co.uk/journal_article.html?id=7193

Mangel, S. (2018). Early Words: How NICU Reading Programs Foster Improved Outcomes in Preterm Infants and Their Caregivers. https://doi.org/10.1891/0730-0832.37.6.e16

Moreira, P. 2019. *Inteligência Emocional* - Uma abordagem prática. Idioteque

Nunes, L. (2016). Regulação profissional: Atos profissionais em debate. *Enfermagem em Foco*, p. 14-18. https://comum.rcaap.pt/bitstream/10400.26/19423/1/artigo-opiniao_-revista-enfermagem%20em%20foco%202016.pdf

OECD. (2018). Health at a Glance: Europe 2018: State of Health in the EU Cycle. *OECD Publishing*. https://doi.org/10.1787/health_glance_eur-2018-en

Ordem dos Enfermeiros. (2007). Enunciado de posição - Consentimento Informado para Intervenções de Enfermagem. Enunciado___consentimento_layout.doc (ordemenfermeiros.pt)

Ordem dos Enfermeiros. (2011). Guias orientadores de boa prática em enfermagem de saúde infantil e pediátrica: Preparação do regresso a casa da criança/ Promoção da Esperança. *Cadernos OE*, 1(3). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8909/cadernosoe_guiasorientadoresboapraticaceesip_vol_iii.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2013). Guia orientador de boa prática: Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança. *Cadernos OE*. 1(6). GOBP_EstrategiasNaoFarmacologicasControloDorCrianca.pdf(ordemenfermeiros.pt)

Ordem dos Enfermeiros. (2015). Guia orientador de boa prática: Adaptação à parentalidade durante a hospitalização. *Cadernos OE*. 1(8). https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8886/gobp_parentalidadepositiva_vf.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2017). Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Assembleia Extraordinária do Colégio da Especialidade de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/5683/ponto-2_padroesqualidcuidesip.pdf

Ordem dos Enfermeiros. (2019). Parecer n.º 16 da Mesa do Colégio da Especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica - competências do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica para desenvolver projetos de massagem infantil. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/11621/parecer-mceesip-n%C2%BA-16_2019_anonimizado.pdf

Óven, Mikaela (2019). *Educar com mindfulness na adolescência*. 1 edição. Porto Editora

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(2088). https://doi.org/10.3390/ijerph18042088

Piaget, J. (1972). Intellectual Evolution from Adolescence to Adulthood. *Human Development*, 15, 1-12. http://dx.doi.org/10.1159/000271225 23

Porto, C. C. (2017). Afinal, o que é o olho clínico? *Revista Médica Minas Gerais*. 27 (1). 1-2 https://doi.org/10.5935/2238-3182.20170076

Queirós, M. (2014). Inteligência Emocional - Aprenda a ser feliz. Porto Editora

Querido, D., Lourenço, M. ., Charepe, Z., Caldeira, S., & Nunes, E. (2022). Intervenciones de enfermería promotoras de la vinculación con los recién nacidos hospitalizados – revisión scoping. *Enfermería Global*, *21*(2), 594–637. https://doi.org/10.6018/eglobal.479291

Regulamento n.º 422. (2018). Regulamento de Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica. Diário da República, 2.ª série, n.º 133, de 12 de julho de 2018. 19192-19194. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8733/infantil.pdf

Regulamento n.º 140. (2019). Regulamento das Competências Comuns do Enfermeiro Especialista. Diário da República, 2.ª série - n.º 26, de 6 de fevereiro de 2019. 4744-4750. https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf

Santos, I. & Sá, E. (2010). Erro médico: Estratégias de governação clínica. *Revista Portuguesa De Medicina Geral E Familiar*, 26(6), 606–12. https://doi.org/10.32385/rpmgf.v26i6.10803

Santos, J., Façanha, J., Quaresma, M., Matos, M., Erse, M., Simões, R., Marques, L. & Loureiro, C. (2021). *Mais Contigo 2021 - Promoção da saúde mental e prevenção de comportamentos suicidários na comunidade educativa*. Escola Superior de Enfermagem de Coimbra.

Sawyer, S. M., Afifi, R. A., Bearinger, L. H., Blakemore, S., Dick, B., Ezeh, A. C. & Patton, G. C. (2012). Adolescence: a foundation for future health. *The Lancet*, 379, 1630-1640. https://doi.org/10.1016/S0140-6736(12)60072-5

Serviços Partilhados do Ministério da Saúde. (2023). Bilhete de Identidade dos Cuidados de Saúde Primários – UCC [redacted].

Silva, A. G., Silva, T. L., Wall, M. L., Lacerda, M. R. & Maftum, M. A. (2015). Unidade de terapia intensiva: Violência no cotidiano da prática da enfermagem. *Ciência Cuidado e Saúde*, 14(1), 885-892. https://doi.org/10.4025/cienccuidsaude.v14i1.21914

Silva, M. Y., Gonçalves, D. & Martins, Á. (2020). Tecnologias educacionais como estratégia para educação em saúde de adolescentes: revisão integrativa. *Revista de Saúde Digital e Tecnologias Educacionais*. 5(1), 66-82. https://doi.org/10.36517/resdite.v5.n1.2020.a5

Smith, J. & Silva, A. (2018). O uso de vídeos na educação para a saúde: uma revisão da literatura. *Revista de Educação em Saúde*, 42(3), 123-135.

Sousa, L. & Marques-Vieira, C. (2017). Cuidados de Enfermagem de Reabilitação à Pessoa ao Longo da Vida. Lusodidacta.

Steinberg, L. (2014). *Adolescence.* 10th Edition. McGraw Hill.

Thompson, H. L. (2010). The stress effect: Why smart leaders make dumb decisions—and what to do about it. Jossey-Bass.

UN. (2020). COVID-19 and the Need for Action on Mental Health. un_policy_brief-covid_and_mental_health_final.pdf

UNICEF. (2021). The State of the World's Children 2021: On My Mind – Promoting, protecting and caring for children's mental health. https://www.unicef.org/media/114636/file/SOWC-2021-full-report-English.pdf

Villanti, A., LePine, S., Peasley, M., West, J., Roemhildt, M, Williams, R. & Copeland, W. (2022). COVID – related distress, mental health and substance use in adolescents and young adults. *Child & Adolescent Mental Health*, 27(2), 138-145. https://doi.org/10.1111/camh.12550

Williamson, S., & McGrath, J. M. (2019). What Are the Effects of the Maternal Voice on Preterm Infants in the NICU? *Advances in neonatal care: official journal of the National Association of Neonatal Nurses*, *19*(4), 294–310. https://doi.org/10.1097/ANC.0000000000000578

Winston, R., & Chicot, R. (2016). The importance of early bonding on the long-term mental health and resilience of children. *London journal of primary care*, *8*(1), 12–14. https://doi.org/10.1080/17571472.2015.1133012

World Health Organization. (1986). Young people's health - a challenge for society: report of a WHO Study Group on Young People and "Health for All by the Year 2000". https://apps.who.int/iris/handle/10665/41720

World Health Organization. (2013). Mental health action plan 2013–2020. https://www.who.int/publications/i/item/9789241506021

World Health Organization. (2021). Adolescent Mental Health. https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/adolescent-mental-health

Young, K. S., Sandman, C. F. & Craske, M. G. (2019). Positive and Negative Emotion Regulation in Adolescence: Links to Anxiety and Depression. *Brain sciences*, 9(4), 76. https://doi.org/10.3390/brainsci90400

APÊNDICES

APÊNDICE I – PLANEAMENTO DO ESTÁGIO NOS DIFERENTES CONTEXTOS E CRONOGRAMA

Planeamento Estágio 1 - Unidade de Cuidados na Comunidade: Saúde Escolar [SE]					
Estudante: Paula Joaquim	Orientadora: Professora Gabriela Calado			EEESIP Orientador: [redacted]	
Objetivo Geral: Desenvolver as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica na SE					
Objetivos específicos	**Atividades/Estratégias**	**Recursos**			**Critérios de Avaliação**
		Humanos	Materiais	Tempo	
Percecionar os cuidados de enfermagem especializados prestados na equipa de SE Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família em contexto escolar	- Realização de reunião com o/a coordenador/a da unidade; - Realização de reunião com o EEESIP orientador; - Realização de pesquisa bibliográfica relativa aos programas de apoio à SE; - Conhecimento do contexto, da população-alvo, da equipa multidisciplinar, do método de trabalho da equipa de enfermagem e indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem; - Perceção do papel do EEESIP na SE; - Observação da dinâmica de outras valências do ACES na área da SIP(ELI; NACJR; USF: Consulta do adolescente); - Participação nas atividades realizadas pelo EEESIP; - Elaboração de um estudo de caso	EEESIP Orientador; Enfermeiro coordenador da UCC; Equipa de SE	----------	144 horas	Explicitar no relatório: - Caracterização do contexto; população-alvo; equipa multidisciplinar, método de trabalho, e indicadores de qualidade - Identificação do papel do EEESIP na equipa de SE; - Descrição das mais-valias das valências observadas; - Reflexão sobre as atividades realizadas na SE; - Estudo de caso elaborado.

Cronograma de Atividades/Estratégias	Semana					
	16/05/22	23/05/22	30/05/22	06/06/22	13/06/22	20/06/22
Realização de reunião com o coordenador da unidade e EEESIP orientador	■					
Realização de pesquisa bibliográfica relativa aos programas de apoio à SE	■	■	■			
Conhecimento do contexto, da população-alvo, da equipa multidisciplinar, do método de trabalho da equipa de enfermagem e indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem	■	■				
Perceção do papel do EESIP na SE	■	■	■	■	■	■
Observação da dinâmica de outras valências do ACES na área da SIP (ELI; NACJR; USF: Consulta do adolescente);			■	■	■	
Participação nas atividades realizadas pelo EEESIP no que respeita à SIP.	■	■	■	■	■	■
Elaboração de estudo de caso	■	■	■	■	■	

Planeamento Estágio Final - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais [UCIN]		
Estudante: Paula Joaquim	Orientadora: Professora Gabriela Calado	EEESIP Orientador: [redacted]
Objetivo Geral: Desenvolver as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica na UCIN		

Objetivos específicos	Atividades/Estratégias	Recursos			Critérios de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
Percecionar os cuidados de enfermagem especializados prestados na UCIN Percecionar os cuidados de enfermagem especializados ao RN e família após a alta clínica Prestar cuidados de enfermagem especializados ao RN e família em contexto de especial complexidade	- Realização de reunião com o/a coordenador/a da unidade; - Realização de reunião com o EEESIP orientador; - Realização de pesquisa bibliográfica relativa aos cuidados de enfermagem prestados em neonatologia; - Conhecimento do contexto, da população-alvo, da equipa multidisciplinar, do método de trabalho da equipa de enfermagem e indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem; - Perceção do papel do EEESIP na UCIN; - Observação de outras unidades envolvidas no acompanhamento após a alta (Hospital de Dia; Visita Domiciliária; Centro de Desenvolvimento da Criança); - Participação nas atividades realizadas pelo EEESIP.	EEESIP Orientador; Enfermeiro coordenador da UCIN; Equipa da UCIN	----------	112 horas	Explicitar no relatório: - Caracterização do contexto; população-alvo; equipa multidisciplinar, método de trabalho, e indicadores de qualidade - Identificação do papel do EEESIP na equipa da UCIN; - Descrição das mais-valias das unidades observadas; - Reflexão sobre as atividades realizadas na UCIN.

Cronograma de Atividades/Estratégias	Semana					
	19/09/22	26/09/22	03/10/22	10/10/22	17/10/22	24/10/22
Realização de reunião com o coordenador da unidade e EEESIP orientador						
Realização de pesquisa bibliográfica relativa aos cuidados de enfermagem prestados em neonatologia						
Conhecimento do contexto, da população-alvo, da equipa multidisciplinar, do método de trabalho da equipa de enfermagem e indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem						
Perceção do papel do EESIP na equipa de UCIN						
Observação de outras unidades envolvidas no acompanhamento após a alta (Hospital de Dia; Visita Domiciliária; Centro de Desenvolvimento da Criança)						
Observação e participação nas atividades realizadas pelo EEESIP no que respeita à SIP.						

Planeamento Estágio Final - Unidade de Urgência Pediátrica [UUP]		
Estudante: Paula Joaquim	Orientadora: Professora Mónica Costa	EEESIP Orientador: [redacted]
Objetivo Geral: Desenvolver as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica na UUP		

Objetivos específicos	Atividades/Estratégias	Recursos			Critérios de Avaliação
		Humanos	Materiais	Tempo	
Percecionar os cuidados de enfermagem especializados prestados na UUP Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família em contexto de especial complexidade	- Realização de reunião com o/a coordenador/a da unidade; - Realização de reunião com o EEESIP orientador; - Realização de pesquisa bibliográfica relativa a situações de urgência e emergência e modos de atuação; - Conhecimento do contexto, da população-alvo, da equipa multidisciplinar, do método de trabalho da equipa de enfermagem e indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem; - Perceção do papel do EEESIP na UUP; - Participação nas atividades realizadas pelo EEESIP.	EEESIP Orientador; Enfermeiro coordenador da UUP; Equipa da UUP	----------	112 horas	Explicitar no relatório: - Caracterização do contexto; população-alvo; equipa multidisciplinar, método de trabalho, e indicadores de qualidade - Identificação do papel do EEESIP na equipa da UUP; - Reflexão sobre as atividades realizadas na UUP.

Cronograma de Atividades/Estratégias	Semana					
	31/10/22	07/11/22	14/11/22	21/11/22	28/11/22	05/12/22
Realização de reunião com o coordenador da unidade e EEESIP orientador						
Realização de pesquisa bibliográfica relativa a situações de urgência e emergência e modos de atuação						
Conhecimento do contexto, da população-alvo, da equipa multidisciplinar, do método de trabalho da equipa de enfermagem e indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem						
Perceção do papel do EESIP na equipa da UUP						
Observação e participação nas atividades realizadas pelo EEESIP no que respeita à SIP						

Planeamento Estágio Final - Unidade de Internamento de Pediatria [UIP]					
Estudante: Paula Joaquim	Orientadora: Professora Mónica Costa			EEESIP Orientador: [redacted]	
Objetivo Geral: Desenvolver as competências comuns e específicas do enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil na UIP					
Objetivos específicos	**Atividades/Estratégias a desenvolver**	**Recursos**			**Critérios de Avaliação**
		Humanos	Materiais	Tempo	
Percecionar os cuidados de enfermagem especializados prestados na UIP Prestar cuidados de enfermagem especializados à criança/jovem e família em contexto de especial complexidade	- Realização de reunião com o/a coordenador/a da unidade; - Realização de reunião com o EEESIP orientador; - Realização de pesquisa bibliográfica relativa a doenças raras; - Conhecimento do contexto, da população-alvo, da equipa multidisciplinar, do método de trabalho da equipa de enfermagem e indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem; - Perceção do papel do EEESIP na UIP; - Observação da dinâmica de outras valências do Departamento de Pediatria (Hospital de Dia; Consulta Externa da Diabetes); - Observação e participação nas atividades realizadas pelo EEESIP; - Elaboração de procedimento normativo: Prevenção e redução do risco de quedas no utente pediátrico.	EEESIP Orientador; Enfermeiro coordenador da UIP; Equipa da UIP	Computador	112 horas	Explicitar no relatório: - Caracterização do contexto; população-alvo; equipa multidisciplinar, método de trabalho, e indicadores de qualidade - Identificação do papel do EEESIP na equipa da UIP; - Descrição das mais-valias das valências observadas; - Reflexão sobre as atividades realizadas na UIP; - Procedimento normativo elaborado.

Cronograma de Atividades/Estratégias	Semana					
	12/12/22	03/01/23	09/01/23	16/01/23	23/01/23	30/01/23
Realização de reunião com o coordenador da unidade e EEESIP orientador						
Realização de pesquisa bibliográfica relativa a doenças raras						
Conhecimento do contexto, da população-alvo, da equipa multidisciplinar, do método de trabalho da equipa de enfermagem e indicadores de qualidade dos cuidados de enfermagem						
Perceção do papel do EESIP na equipa da UIP						
Observação da dinâmica de outras valências do Departamento de Pediatria (Hospital de Dia; Consulta Externa da Diabetes)						
Observação e participação nas atividades realizadas pelo EEESIP no que respeita à SIP						
Elaboração de procedimento normativo: Prevenção e redução do risco de quedas no utente pediátrico						

APÊNDICE II – 'SUPORTE BÁSICO DE VIDA E PRIMEIROS SOCORROS': RESULTADOS DA AVALIAÇÃO DA FORMAÇÃO E DO DESEMPENHO DO FORMADOR

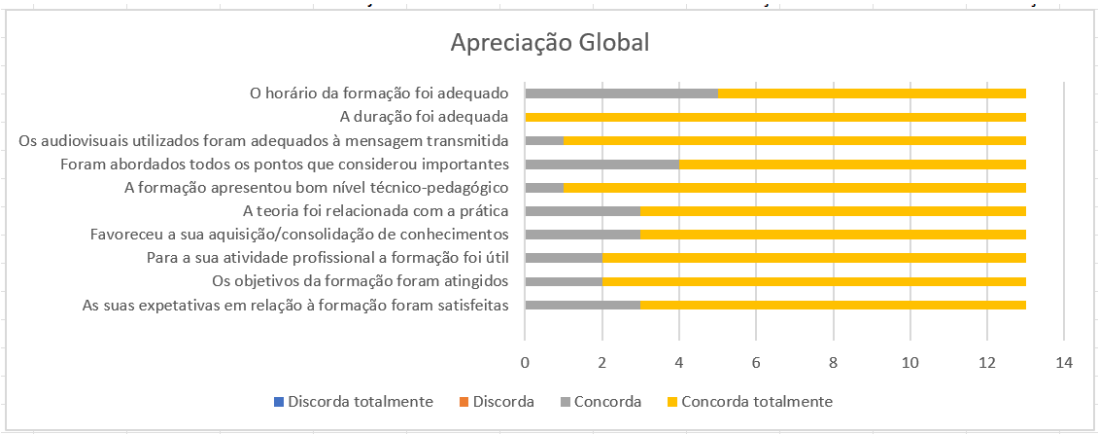

Gráfico 1: Apreciação Global da formação

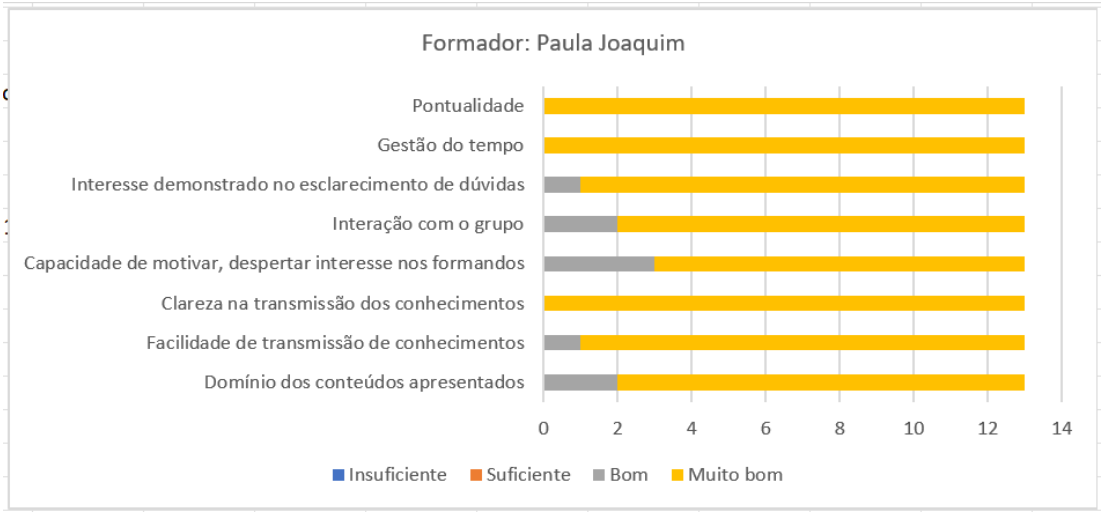

Gráfico 2: Avaliação do Formador da formação

APÊNDICE III – CRONOGRAMA GERAL DAS ETAPAS DO PROJETO DE INTERVENÇÃO

		2022								2023				
		Maio	Junho	Julho	Agosto	Setembro	Outubro	Novembro	Dezembro	Janeiro	Fevereiro	Março	Abril	Maio
	Revisão da Literatura													
ETAPAS	Diagnóstico de Situação													
	Definição de Objetivos													
	Planeamento													
	Execução													
	Avaliação													
	Divulgação dos Resultados													

APÊNDICE IV – PLANEAMENTO DO PROJETO DE INTERVENÇÃO E CRONOGRAMA DAS ATIVIDADES

Planeamento do Projeto de Intervenção - Unidade de Cuidados na Comunidade: Saúde Escolar [SE]					
Estudante: Paula Joaquim	Orientadora: Professora Gabriela Calado			EEESIP Orientador: [redacted]	
Objetivo Geral: Incorporar a promoção da saúde mental na adolescência nos cuidados de enfermagem em SE					
Objetivos específicos	**Atividades/Estratégias**	**Recursos**			**Critérios de Avaliação**
		Humanos	Materiais	Tempo	
Sensibilizar a equipa de SE para a promoção da saúde mental na adolescência Sensibilizar a equipa de PES para a promoção da saúde mental na adolescência Contribuir para a integração de programa de promoção de competências socioemocionais em meio escolar	- Reflexão com a equipa de SE sobre a saúde mental e sua promoção; - Reflexão com a equipa de PES sobre a saúde mental e sua promoção; - Organização (em colaboração) do Encontro 'Inteligência Emocional e a Escola'; - Participação no módulo formativo de dinamizadores do PMC; - Sessão de apresentação do PMC à equipa de PES; - Formalização da intenção de participação no PMC através de apresentação conjunta SE e PES.	EEESIP Orientador; Enfermeiro coordenador da UCC; Equipa de SE Equipa de PES	Computador Material fornecido pelo PMC	144 horas	- Reconhecimento da importância da promoção da saúde mental na adolescência pela equipa de SE e pela equipa de PES; - Proposta de adesão ao PMC formalizada junto da equipa coordenadora do programa; - Encontro 'Inteligência Emocional e a Escola' organizado.

Cronograma de Atividades/Estratégias	**Semana**					
	16/05/22	23/05/22	30/05/22	06/06/22	13/06/22	20/06/22
Reflexão com a equipa de SE sobre a saúde mental e sua promoção						
Reflexão com a equipa de PES sobre a saúde mental e sua promoção						
Organização (em colaboração) do Encontro 'Inteligência Emocional e a Escola'						
Participação no módulo formativo de dinamizadores do PMC						
Sessão de apresentação do PMC à equipa de PES						
Formalização da intenção de participação no PMC através de apresentação conjunta SE e PES						

Planeamento Projeto de Intervenção - Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais [UCIN]					
Estudante: Paula Joaquim	Orientadora: Professora Gabriela Calado			EEESIP Orientador: [redacted]	
Objetivo Geral: Incorporar a promoção da saúde mental na adolescência nos cuidados de enfermagem na UCIN					
Objetivos específicos	**Atividades/Estratégias**	**Recursos**			**Critérios de Avaliação**
		Humanos	Materiais	Tempo	
Sensibilizar a equipa de enfermagem para o seu papel fundamental na promoção da vinculação pais/mães/RN Capacitar os pais para uma vinculação segura Contribuir para a integração de uma estratégia facilitadora da vinculação pais/mães/RN	- Reflexão com a equipa de enfermagem sobre o seu papel fundamental na promoção da vinculação pais/mães/RN; - Mapeamento na literatura das intervenções de enfermagem na promoção da vinculação; - Elaboração de suporte informativo (em formato de vídeo) dirigido aos pais sobre 'Processo de Vinculação na UCIN'; - Ensino aos pais/mães sobre estratégias para uma vinculação segura no momento de envolvimento nos cuidados ao RN; - Identificação das intervenções de enfermagem na promoção da vinculação já utilizadas pela equipa de enfermagem; - Elaboração de uma scoping review: Benefícios da leitura para RN prematuros internados na UCIN; - Implementação de biblioteca: - Seleção e aquisição de livros - Articulação com o GCL – PPCIRA - Elaboração de marcador de livro - Elaboração de suporte informativo para a equipa de enfermagem; - Dinamização da iniciativa 'Minutos de Conversa – Incentivar momentos de leitura ao RN na UCIN'.	EEESIP Orientador; Enfermeiro coordenador da UCIN; Equipa da UCIN	Computador Livros Infantis Impressora Laminador Papel Capas plásticas	112 horas	- Reconhecimento do papel fundamental do enfermeiro na promoção da vinculação; - Resumo das intervenções de enfermagem encontradas na literatura; - Suporte informativo (em formato de vídeo) elaborado; - Descrição das intervenções promotoras da vinculação na UCIN; - Scoping review elaborada; - Biblioteca implementada - Livros adquiridos - Marcador de livro elaborado - Suporte informativo para a equipa de enfermagem elaborado; - Feedback dos participantes na sessão 'Minutos de Conversa'.

Cronograma de Atividades/Estratégias	**Semana**					
	19/09/22	26/09/22	03/10/22	10/10/22	17/10/22	24/10/22
Reflexão com a equipa de enfermagem sobre o seu papel fundamental na promoção da vinculação pais/mães/RN						
Mapeamento na literatura das intervenções de enfermagem na promoção da vinculação						

Elaboração de suporte informativo (em formato de vídeo) dirigido aos pais sobre 'Processo de Vinculação na UCIN'						
Ensino aos pais/mães sobre estratégias para uma vinculação segura no momento de envolvimento nos cuidados ao RN						
Identificação das intervenções de enfermagem na promoção da vinculação já utilizadas pela equipa de enfermagem						
Elaboração de uma scoping review: Benefícios da leitura para RN prematuros internados na UCIN						
Implementação de biblioteca						
Dinamização da iniciativa 'Minutos de Conversa – Incentivar momentos de leitura ao RN na UCIN'						

Planeamento Projeto de Intervenção - Unidade de Urgência Pediátrica [UUP]					
Estudante: Paula Joaquim	Orientadora: Professora Mónica Costa			EEESIP Orientador: [redacted]	
Objetivo Geral: Incorporar a promoção da saúde mental na adolescência nos cuidados de enfermagem na UUP					
Objetivos específicos	**Atividades/Estratégias**	**Recursos**			**Critérios de Avaliação**
		Humanos	Materiais	Tempo	
Sensibilizar a equipa da UUP para a promoção da saúde mental na adolescência Capacitar o adolescente para uma regulação emocional eficaz	- Reflexão com a equipa de enfermagem sobre a promoção da saúde mental na adolescência; - Sessão de reflexão 'Desconstruir para Cuidar: Uma reflexão sobre a adolescência; - Identificação das intervenções de enfermagem específicas para a promoção da saúde mental já utilizadas na UUP; - Elaboração de suporte informativo (formato ebook) para adolescentes: 'Regulação Emocional: Um guia prático para adolescentes; - Ensino aos adolescentes sobre técnicas de RE no stress e ansiedade.	EEESIP Orientador; Enfermeiro coordenador da UUP; Equipa da UUP	Computador	112 horas	-Reconhecimento da importância da promoção da saúde mental na adolescência; - Avaliação da sessão de reflexão pelos participantes; - Descrição das intervenções de enfermagem específicas para a promoção da saúde mental na UUP; - Descrição das técnicas de RE no e-book.

Cronograma: Atividades/Estratégias	**Semana**					
	31/10/22	07/11/22	14/11/22	21/11/22	28/11/22	05/12/22
Reflexão com a equipa de enfermagem sobre a promoção da saúde mental na adolescência						

Sessão de reflexão 'Desconstruir para Cuidar: Uma reflexão sobre a adolescência						
Identificação das intervenções de enfermagem específicas para a promoção da saúde mental já utilizadas na UUP						
Elaboração de suporte informativo (formato e-book) para adolescentes: 'Regulação Emocional: Um guia prático para adolescentes						
Ensino aos adolescentes sobre técnicas de RE no stress e ansiedade						

Planeamento Projeto de Intervenção - Unidade de Internamento de Pediatria [UIP]		
Estudante: Paula Joaquim	Orientadora: Professora Mónica Costa	EEESIP Orientador: [redacted]

Objetivo Geral: Incorporar a promoção da saúde mental na adolescência nos cuidados de enfermagem na UIP

Objetivos específicos	**Atividades/Estratégias a desenvolver**	**Recursos**			**Critérios de Avaliação**
		Humanos	Materiais	Tempo	
Sensibilizar a equipa de enfermagem para o seu papel fundamental na promoção da saúde mental na adolescência Contribuir para o desenvolvimento da literacia emocional nas crianças/jovens e famílias	- Reflexão com a equipa de enfermagem sobre o seu papel fundamental na promoção da saúde mental na adolescência; - Identificação das intervenções de enfermagem específicas para a promoção da saúde mental já utilizadas na UIP; - Organização de uma 'Biblioteca das Emoções' - Aquisição e seleção de livros - Incentivo à leitura dos livros; - Dinamização da iniciativa 'Desenha a tua emoção'.	EEESIP Orientador; Enfermeiro coordenador da UIP; Equipa da UIP	Computador Livros Infantis Lápis de cor Folhas de papel	112 horas	- Reconhecimento do papel fundamental do enfermeiro na promoção da saúde mental na adolescência; - Descrição das intervenções de enfermagem específicas para a promoção da saúde mental na UIP; - Livros infantis adquiridos; - Adesão à iniciativa 'Desenha a tua emoção'.

Cronograma

Atividades/Estratégias	**Semana**					
	12/12/22	03/01/23	09/01/23	16/01/23	23/01/23	30/01/23
Reflexão com a equipa de enfermagem sobre o seu papel fundamental na promoção da saúde mental na adolescência						
Identificação das intervenções de enfermagem específicas para a promoção da saúde mental já utilizadas na UIP						

Organização de uma 'Biblioteca das Emoções'						
Dinamização da iniciativa 'Desenha a tua emoção'.						

APÊNDICE V – PLANO DA SESSÃO DE APRESENTAÇÃO DO PMC

Plano da sessão de apresentação do Programa Mais Contigo

Tema	Programa Mais Contigo				
Data da Sessão	13 de junho 2022 15 de junho 2022	Hora	14:00 10:00	Duração prevista	20 minutos
Local	[redacted]				
Dinamizador	Paula Joaquim				
População Alvo	Equipa de PES de 2 AE				
Objetivo Geral	Apresentar o programa Mais Contigo				

Objetivos	Etapa	Conteúdos	Recursos	Metodologia	Duração	Avaliação
Apresentar a temática e a dinamizadora	**Introdução**	- Apresentação da dinamizadora - Breve contextualização sobre o tema - Enumeração dos aspetos a abordar	Computador	Expositiva Interrogativa	5 min	Participação da população alvo
Apresentar o projeto	**Desenvolvimento**	- Apresentação do projeto: Objetivos; Metodologia; Estratégias; Referenciação; Critérios de Inclusão; Proposta de Adesão;	Computador	Expositiva	10 min	Participação da população alvo
Sumarizar os conteúdos partilhados Identificar trajetórias de melhoria	**Conclusão**	- Síntese dos conteúdos abordados - Esclarecimento de dúvidas - Despedida e agradecimento	Computador	Expositiva Interrogativa	5 min	Participação da população alvo

APÊNDICE VI – RESUMO DO ARTIGO 'BENEFÍCIOS DA LEITURA PARA OS RECÉM-NASCIDOS PREMATUROS INTERNADOS NA UCIN: UMA SCOPING REVIEW'

Benefícios da leitura para os recém-nascidos prematuros internados na UCIN: uma scoping review

Paula Joaquim[1] Gabriela Calado[2] Mónica Costa[3]

1. Mestranda de Enfermagem na Especialidade de Saúde Infantil e Pediátrica, Mestrado em Associação
2. Professora Coordenadora Escola Superior de Enfermagem São João de Deus, Universidade de Évora
3. Professora Adjunta Escola Superior de Saúde, Instituto Politécnico de Setúbal

Resumo

Objetivo: Identificar na literatura a produção científica sobre os benefícios da leitura para os recém-nascidos prematuros internados em unidades de cuidados intensivos neonatais. **Introdução:** A taxa de sobrevivência de recém-nascidos prematuros aumentou e o mesmo não pode ser dito sobre sua qualidade de vida a longo prazo. O desenvolvimento neurológico e o processo de vinculação são dois processos comprometidos na admissão à UCIN. Recomenda-se um foco na prevenção de complicações futuras e acredita-se que a leitura facilite o desenvolvimento da linguagem, da comunicação e do vínculo. **Critérios de Inclusão:** População - Serão incluídos todos os recém-nascidos prematuros internados na UCIN. Serão excluídos os recém-nascidos internados na UCIN que, ao nascer, apresentavam idade gestacional igual ou superior a 37 semanas; Conceito: Leitura para recém-nascidos prematuros. transmissão de informações escritas por meio da voz. Pode ser realizada por pais, por profissionais de saúde ou por voluntários. Outras formas de exposição da voz serão excluídas; Contexto: Unidades de Cuidados Intensivos Neonatais. **Metodologia:** Esta scoping review foi desenvolvida de acordo com a metodologia JBI para scoping reviews e selecionou artigos científicos na base de dados online Pubmed® e motor de busca EBSCOhost® e literatura cinza no Google Académico e Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. Incluirá literatura com texto completo disponível, escrito em português ou inglês, entre 2017 e 2023. **Resultados:** Foram incluídos dez artigos. A leitura para o recém-nascido prematuro tem vários benefícios que se interligam e potenciam. Promove a vinculação, o conforto, o desenvolvimento da linguagem, a literacia e diminui o stress parental. **Conclusões:** A evidência disponível sugere que a leitura para o recém-nascido prematuro exibe diversos benefícios para todos os envolvidos e suporta a sua implementação na unidade de cuidados intensivos neonatais como uma medida preventiva.

Abstract

Objective: To identify the extent of evidence in relation to benefits of reading to premature newborns in the neonatal intensive care unit. **Introduction:** Survival rate of premature newborns has increased and the same cannot be said for their long-term quality of life. Neurologic developmental and bonding are two identified compromised processes in association with prematurity. A focus on the prevention of future complications is recommended. It is believed that reading to premature newborns facilitates language, communication development and bonding. **Inclusion criteria:** Population: All premature newborns admitted to the NICU will be included. Newborns admitted to the NICU who, at birth, had a gestational age of 37 weeks or more will be excluded; Concept: Reading to premature newborns. Reading is the transmission of written information through voice. It can be done by parents, by health professionals or by volunteers. Other forms of voice exposure will be excluded; Context: Neonatal Intensive Care Units. **Methods:** This scoping review was developed in accordance with the JBI methodology for scoping reviews and surveyed scientific articles in the online database Pubmed® and EBSCOhost® search engine and grey literature in Google Scholar and Repositórios Científicos de Acesso Aberto de Portugal. It will include literature with full text available, written in Portuguese or English, between 2017 and 2023. **Results:** Ten articles were included. Reading to premature newborns promotes bonding, comfort, language development, literacy and reduces parental stress. **Conclusions:** Available evidence suggests that reading to premature newborns has several benefits for all involved and supports its implementation in the neonatal intensive care unit as a preventive measure.

APÊNDICE VII – PLANO DA SESSÃO DE APRESENTAÇÃO 'MINUTOS DE CONVERSA: BIBLIOTECA NA UCIN – INCENTIVAR MOMENTOS DE LEITURA AO RN INTERNADO'

Planeamento da sessão de apresentação 'Minutos de Conversa'

Tema	Biblioteca na UCIN: Incentivar momentos de leitura ao recém-nascido internado				
Data da Sessão	28 outubro 2022	Hora	15:00	Duração prevista	30 minutos
Local	Plataforma Digital				
Dinamizador	Paula Joaquim				
População Alvo	Equipa de Enfermagem e Equipa de Assistentes Operacionais da UCIN				
Objetivo Geral	Apresentar o projeto: Biblioteca na UCIN				

Objetivos	Etapa	Conteúdos	Recursos	Metodologia	Duração	Avaliação
Apresentar a temática e a dinamizadora	**Introdução**	- Apresentação da dinamizadora - Breve contextualização sobre o tema - Enumeração dos aspetos a abordar	Computador Plataforma Teams	Expositiva	5 min	Participação da população alvo
Apresentar o projeto	**Desenvolvimento**	- Apresentação do projeto Objetivos Metodologia Resultados - Proposta de circuito do livro	Computador Plataforma Teams	Expositivo Interrogativo	15 min	Participação da população alvo
Sumarizar os conteúdos partilhados Identificar trajetórias de melhoria	**Conclusão**	- Síntese dos conteúdos abordados - Esclarecimento de dúvidas - Despedida e agradecimento	Computador Plataforma Teams	Interrogativo Interativo	10 min	Participação da população alvo

APÊNDICE VIII – PLANO DA SESSÃO DE FORMAÇÃO ‘DESCONSTRUIR PARA CUIDAR: UMA REFLEXÃO SOBRE ADOLESCENTES

Planeamento da Sessão de Formação

Tema	Desconstruir para Cuidar: Uma Reflexão sobre Adolescência				
Data da Sessão	23 novembro 2022	Hora	?	Duração prevista	30 min
Local	Plataforma Digital				
Dinamizador	Paula Joaquim				
População Alvo	Equipa de Enfermagem do Serviço de Internamento e do Serviço de Urgência Pediátrica [redacted]				
Objetivo Geral	Refletir sobre o Cuidar na Adolescência				

Objetivos	Etapa	Conteúdos	Recursos	Metodologia	Duração	Avaliação
Apresentar a temática e a dinamizadora Conhecer as representações sociais da adolescência da população alvo	**Introdução**	- Apresentação da dinamizadora - Breve contextualização sobre o tema - Enumeração dos aspetos a abordar - Levantamento das representações sociais da adolescência da população alvo em: https://www.menti.com/aljzkcmke52m - Realização de 3 questões de Verdadeiro ou Falso sobre a temática	Computador Projetor	Expositiva Interrogativa Ativa	10 min	Diagnóstica oral
Reconhecer o conceito de Adolescência e Adolescência Positiva Identificar qual a essência e mitos associados à Adolescência Ilustrar o cérebro do adolescente Conhecer formas facilitadoras da relação com o adolescente	**Desenvolvimento**	- Conceito de Adolescência - Essência da Adolescência - Conceito de Adolescência Positiva - Mitos associados à adolescência - Cérebro do Adolescente: exemplificar com "Hand Model" - Relação com o adolescente	Computador Projetor	Expositivo Interrogativo	15 min	Participação da população alvo

Validar novas representações sociais da adolescência da população alvo Validar aprendizagem dos conteúdos abordados. Avaliar sessão	**Conclusão**	- Síntese dos conteúdos abordados - Esclarecimento de dúvidas - Levantamento das representações sociais da adolescência da população alvo em: https://www.menti.com/aljzkcmke52m - Realização de 3 questões de Verdadeiro ou Falso sobre a temática - Avaliação da sessão em: https://docs.google.com/forms/d/e/1FAIpQLScNA9f1QQ-PFiE-NiwjKTzCPoQEr9uRilyqitsEhZadLH53zA/viewform?usp=sf_link - Despedida e agradecimento	Computador Projetor	Interrogativo Interativo Ativo	5 min	Avaliação de conhecimentos oral % de formandos que avaliam satisfatoriamente a sessão