

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de Saúde
Infantil e Pediatria

Relatório de Estágio

**O Enfermeiro especialista como promotor da gestão do
stress no adolescente em internamento hospitalar**

Ana Sofia Prata Baptista Pinto

Lisboa

2019

Decorative green wavy lines in the bottom right corner of the page, consisting of several overlapping, curved shapes in various shades of green.

Mestrado em Enfermagem
Área de Especialização em Enfermagem de
Saúde Infantil e Pediatria

Relatório de Estágio

O Enfermeiro especialista como promotor da gestão do
***stress* no adolescente em internamento hospitalar**

Ana Sofia Prata Baptista Pinto

Orientador: Professora Doutora Maria da Graça Vinagre da Graça

Lisboa

2019

Não contempla as correções resultantes da discussão pública



AGRADECIMENTOS

Agradeço à Sr.^a Prof.^a Maria da Graça Vinagre pelo acompanhamento e dedicação ao longo deste percurso. Apesar da agenda exigente, esteve ao meu lado nos momentos mais importantes para me orientar e motivar.

Aos enfermeiros orientadores e respetivas equipas de enfermagem, obrigada por me acolherem de braços abertos em todos os contextos de estágio e contribuírem para o meu desenvolvimento profissional.

Um agradecimento para a equipa de enfermagem do meu contexto de trabalho, em especial a Ana Margarida, por todo o apoio, carinho, motivação, e por caminharem a meu lado desde o primeiro dia que esta aventura se iniciou.

Agradeço aos colegas de mestrado, em particular ao Duarte, por ser um ombro amigo, pela partilha de saberes, pela camaradagem e por compreender como ninguém a montanha russa que é este percurso. Fica uma amizade para a vida!

Agradeço de todo o coração ao Miguel, mãe e Luís, o meu triângulo de apoio e essência. Sem vocês este desafio seria inalcançável. Obrigada pelo incentivo constante, por apontarem para a meta final e relativizarem a pressão da falta de tempo e do cansaço.

Um agradecimento a toda a minha família por compreenderem a minha ausência e ajudarem a manter a minha energia positiva.

Agradeço também aos meus amigos por compreenderem a ausência prolongada e falta de disponibilidade. Sempre me incentivaram a abraçar novos desafios e, mais uma vez, celebram comigo o culminar de uma experiência única.

Um obrigado especial a todas as crianças, jovens e suas famílias que contribuíram para o meu desenvolvimento profissional e pessoal, pela partilha, disponibilidade e por me permitirem entrar nas vossas vidas.

A todos vós, muito obrigada!

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CAA – Centro de Atendimento a Adolescentes

CCF – Cuidados Centrados na Família

CDC – Centro de Desenvolvimento da Criança

DGS – Direção-Geral da Saúde

EE – Enfermeiro Especialista

EEESIP – Enfermeiro Especialista em Enfermagem de saúde Infantil e
Pediátrica

INE – Instituto Nacional de Estatística

INR – Instituto Nacional de Reabilitação

NIPi – Núcleo de Intervenção Precoce Integrada

OE – Ordem dos Enfermeiros

OMS – Organização Mundial de Saúde

PNSIJ – Programa Nacional de saúde Infantil e Juvenil

PNV – Programa Nacional de Vacinação

RN – Recém-nascido

SUP – Serviço de urgência Pediátrica

UC – Unidade Curricular

UCSP – Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados

UCIP – Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

UIA – Unidade de Internamento de Adolescentes

UICD – Unidade de Internamento de Curta Duração

UTAAC – Unidade de Técnicas aumentativas e alternativas da
Comunicação

RESUMO

Os adolescentes encontram-se internados maioritariamente em serviços de pediatria, pouco adaptados às suas necessidades específicas, o que pode aumentar a intensidade do *stress* que vivenciam (Abreu & Azevedo, 2012; Branco, Brito, Fonseca & Ribeiro, 2009; Clift, Dampier & Timmons, 2007).

A exposição ao *stress* pode resultar em *outcomes* positivos ou negativos consoante os adolescentes lidam com as situações de *stress* pois os erros, reveses e dificuldades são oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento de estratégias de *coping* para situações futuras (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008). O enfermeiro, sendo o profissional que tem maior contato com o adolescente e família nesta situação, constitui um elemento fundamental para ajudar o adolescente a gerir o *stress* e influenciar positivamente o modo como vivencia esta experiência (Branco, Brito Fonseca & Ribeiro, 2009).

O relatório de estágio tem por base a metodologia de projeto, norteadada pela Filosofia de Cuidados Centrados na Família e os Cuidados Não-Traumáticos, bem como pelo Modelo dos Sistemas de Betty Neuman. Foi traçado um percurso formativo com vista ao desenvolvimento de competências comuns do enfermeiro especialista (EE) e específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (EEESIP). Ao abordar esta problemática pretende-se ainda melhorar a experiência de internamento hospitalar do adolescente, contribuindo para o desenvolvimento de estratégias de intervenção promotoras da gestão de *stress* no adolescente.

Realiza-se neste documento uma análise crítica e reflexiva sobre as principais atividades desenvolvidas e as consequentes aprendizagens e competências, descrevendo-se os seus contributos para o alcance dos objetivos propostos. A destacar o desenvolvimento das competências comuns de EE no domínio da gestão dos cuidados, sobre a adaptação da liderança e gestão “dos recursos às situações e ao contexto visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento nº 140/19, p. 4745), e de competências de EEESIP relativas à gestão do bem-estar da criança e do jovem e promoção da sua autoestima, bem como a adaptação da criança, do jovem e sua família às mudanças na saúde e dinâmica familiar (Regulamento nº 422/18).

Palavras-chave: adolescente, *stress*, enfermagem, hospital, intervenções.

ABSTRACT

Adolescents are mostly hospitalized in pediatric services, poorly adapted to their specific needs, which can increase their experienced stress intensity (Abreu & Azevedo, 2012; Branco, Brito, Fonseca & Ribeiro, 2009; Clift, Dampier & Timmons, 2007).

Stress exposure can result in positive or negative outcomes as adolescents deal with stressful situations, because mistakes, setbacks and difficulties are opportunities for learning and developing coping strategies for future situations (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008). The nurse, being the professional who has greater contact with adolescents and their families during hospital admission, is a fundamental element to help adolescents to manage stress and to influence positively this experience (Branco, Brito Fonseca & Ribeiro, 2009).

This report is based on project methodology, guided by Family-Centered Care Philosophy and Non-Traumatic Care, as well as the Betty Neuman Systems Model. A training course was designed to develop both specialist nurse common competences, and specific specialist nurse competences in Pediatrics and Child Health Nursing. By addressing this problematic, I also intend to improve adolescent hospitalization experience, contributing to intervention strategies development that promotes adolescents stress management.

In this report is carried out a critical and reflective analysis on the main activities and the resultant learning and developed competences, describing their contribution to objectives achievement. It is emphasized the development of specialist nurse competencies in care management field, adapting leadership and managing the resources to situations and context in order to ensure care quality (Regulamento nº 140/19). It is also highlighted specific specialist nurse competences in Pediatrics and Child Health Nursing related to children and young well-being management and their self-esteem promotion, as well as child, young and families' adaptation to health and family dynamics changes (Regulamento nº 422/18).

Keywords: adolescent, stress, nursing, hospital, interventions

ÍNDICE

	Pág.
INTRODUÇÃO	7
1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL	10
1.1 O adolescente e o <i>stress</i>	10
1.1.1 Adolescência e adolescentes: Breve abordagem ao desenvolvimento	10
1.1.2 Gestão de <i>stress</i> e estratégias de <i>coping</i>	14
1.2 Cuidar do adolescente em situação de internamento hospitalar	20
2. PERCURSO FORMATIVO	27
2.1 O início do percurso	27
2.2 Contextos de estágio selecionados: breve descrição	28
2.3 Análise e reflexão sobre as competências desenvolvidas em estágio	31
2.3.1 Desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista no cuidado à criança, ao jovem e sua família nas diferentes etapas do desenvolvimento e contextos onde se encontrem	31
2.3.2 Desenvolvimento de competências de enfermeiro especialista na promoção da gestão de <i>stress</i> no adolescente em internamento hospitalar	41
3. QUESTÕES ÉTICAS	53
4. CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM	54
5. CONSIDERAÇÕES FINAIS	56
REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59

ANEXOS

Anexo I. Modelo de sistemas de Betty Neuman

APÊNDICES

Apêndice I. Cronograma de estágios

Apêndice II. Descrição e Análise Reflexiva sobre a experiência na UCIN

Apêndice III. Caracterização dos motivos de procura do SUP pelos
Adolescentes

Apêndice IV. Guia de Acolhimento para Pais Adolescentes

Apêndice V. *Poster* e folheto informativo: “Prevenção de acidentes
domésticos em crianças de 1 a 3 anos”

Apêndice VI. Tabela: “Diversificação alimentar no 1º ano de vida: Ovolactovegetarianos, Lactovegetarianos e Vegan” e folheto informativo

Apêndice VII. Documento Orientador de Estágio para a UIA

Apêndice VIII. *Checklist* dos fatores de *stress* do adolescente internado

Apêndice IX. Mesa redonda: “O *stress* durante o internamento no hospital na perspetiva do adolescente”

Apêndice X. Gestão do *stress* no adolescente em internamento hospitalar na perspetiva dos Enfermeiros: Introdução, questionário, consentimento informado e breve apresentação dos resultados

Apêndice XI. Registo da observação com recurso à *Checklist* dos fatores de *stress* do adolescente internado na UIA

Apêndice XII. *Checklist* das estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover a gestão do *stress* no adolescente internado

Apêndice XIII. Registo da observação com recurso à *Checklist* de estratégias para promover a gestão do *stress* no adolescente internado na UIA

Apêndice XIV. Sessão de formação em contexto de trabalho na UIA: “Promoção da gestão do *stress* no adolescente em situação de internamento hospitalar: Um desafio para os enfermeiros”

INTRODUÇÃO

O presente relatório pretende retratar o percurso de estágio no âmbito da Unidade Curricular (UC) de Estágio com Relatório, integrado no 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria.

A definição da temática surgiu no contexto de prestação de cuidados a adolescentes internados em meio hospitalar. Este grupo etário despertou-me especial interesse pelas suas características únicas e desafios que coloca diariamente à equipa de enfermagem onde me insiro.

A nível Nacional, existem três unidades de internamento de adolescentes: uma na região Norte, uma no Centro e uma em Lisboa e Vale do Tejo (Alto Comissariado da Saúde, 2009). De acordo com o Instituto Nacional de Estatística ([INE], 2018), em 2016 ocorreram 26532 altas de internamento hospitalar de adolescentes dos 10 aos 17 anos e 364 dias em Portugal Continental, correspondendo a 23,3% das altas dos 0 aos 18 anos nesse ano. Assim, os adolescentes encontram-se internados maioritariamente em serviços de pediatria, pouco adaptados às suas necessidades específicas, o que aumenta a intensidade de *stress* que vivenciam (Smith, 2004; Clift, Dampier & Timmons, 2007; Branco et al., 2009; Abreu & Azevedo, 2012).

A adolescência é um período de particular vulnerabilidade, tendo em conta as mudanças inerentes à construção da identidade, ao desenvolvimento da autonomia e independência e ao relacionamento com o grupo de pares, que exacerbam a reatividade ao *stress* e interferem na capacidade de resolução de problemas (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008; García & Pintor, 2012).

O *stress* define-se como uma reação comportamental, cognitiva, emocional e fisiológica que resulta da perceção do indivíduo em relação ao desequilíbrio entre as exigências do ambiente e os recursos que tem disponíveis numa situação considerada relevante para o seu bem-estar (Lazarus & Folkman, 1984; Barros, 2003; Lazarus, 2006; Lyon, 2012).

Emergiu a necessidade de compreender os fatores de *stress* que os adolescentes enfrentam neste contexto de internamento, como reagem e

desenvolvem estratégias de *coping* face aos problemas, que fatores individuais e ambientais influenciam o processo e que sentido atribuem aos acontecimentos stressantes, de modo a identificar e estruturar intervenções de enfermagem direcionadas diretamente para o adolescente e indiretamente através dos pais e da modificação do ambiente, que facilitem a gestão do *stress* do adolescente e o ajudem a atingir resultados positivos desta vivência (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008; Seiffge-Krenke, Aunola & Nurmi, 2009; Ryan-Wenger, Wilson & Broussard, 2012). O adolescente é percecionado como um todo, sendo também considerada a influência do ambiente onde se insere, num movimento recíproco, estando patente o Paradigma da Transformação como visão estruturante dos cuidados, convergente com o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman (Lowry & Aylward, 2015).

Com base na evidência existente e na reflexão sobre a prática, a temática do projeto releva-se oportuna, uma vez que o enfermeiro é o profissional que permanece mais tempo em contacto com o adolescente e sua família durante o internamento hospitalar, tornando-se um elemento essencial para ajudar o adolescente a gerir o *stress* e influenciar o modo como ele vivencia o internamento hospitalar (Branco et al., 2009).

O percurso formativo foi planeado com vista ao desenvolvimento contínuo e garantia da qualidade dos cuidados prestados, através do desenvolvimento de saberes e competências comuns do enfermeiro especialista, nomeadamente no domínio da gestão dos cuidados, sobre a adaptação da liderança e gestão “dos recursos às situações e ao contexto visando a garantia da qualidade dos cuidados” (Regulamento nº 140/119, p. 4745), e pretende-se também a aquisição de competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (EEESIP) (Lei nº 156/15; Regulamento 422/18). Ao abordar esta problemática pretende-se ainda melhorar a experiência de internamento hospitalar do adolescente, contribuindo para o desenvolvimento de estratégias de *coping*, aumentando a sua capacidade de autorregulação e autonomia.

Desta forma a definição do tema do projeto e a sua prossecução culminam com a elaboração do presente relatório, intitulado: O Enfermeiro Especialista como Promotor da Gestão do *Stress* no Adolescente em Internamento Hospitalar, que tem como objetivos gerais:

1. Desenvolver competências de EEESIP no cuidado à criança, ao jovem e sua família nas diferentes etapas do desenvolvimento e contextos onde se encontrem;

2. Desenvolver estratégias de intervenção promotoras da gestão de *stress* do adolescente em internamento hospitalar.

Os contributos que sustentam a elaboração do presente relatório consistem na pesquisa bibliográfica, na análise de documentos normativos e orientadores de enfermagem, na observação das práticas e/ou colaboração na prestação de cuidados a crianças, jovens e suas famílias e consequente análise e reflexão crítica sobre o percurso, em particular as experiências vividas e as aprendizagens, e a produção de documentos decorrentes da prossecução dos estágios nos diferentes contextos.

Para explanar o desenvolvimento de competências e o alcance dos objetivos propostos apresenta-se o referencial teórico adotado, com a descrição dos modelos teóricos orientadores da prática; o percurso formativo realizado, com a descrição dos objetivos gerais e específicos e a análise e reflexão sobre as atividades realizadas e competências desenvolvidas nos contextos de estágio selecionados; as questões éticas; os contributos do percurso realizado para a prática de enfermagem; e as considerações finais onde, para além das principais conclusões do relatório, se incluem as perspetivas futuras.

1. ENQUADRAMENTO CONCEPTUAL

Neste capítulo apresenta-se o enquadramento teórico que sustenta o percurso realizado e o consequente relatório de estágio. Primeiramente será apresentada e desenvolvida a problemática do *stress* e *coping* no adolescente, tendo por base o Modelo cognitivista do *stress* e *coping* de Lazarus e Folkman. De seguida abordam-se os contributos teóricos de enfermagem que norteiam os cuidados em pediatria, nomeadamente a Filosofia de Cuidados Centrados na Família, bem como o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman, e os seus contributos no cuidado ao adolescente em situação de internamento hospitalar.

1.1 O adolescente e o *stress*

O *stress* tem sido amplamente estudado desde a década de 80, essencialmente sobre a população adulta (Raimundo & Pinto, 2006). A atenção em relação à população pediátrica aumentou em 1990 com o reconhecimento da diferença dos fatores de *stress* das crianças e jovens em relação aos adultos, do facto das crianças e jovens terem maior dificuldade em controlar ou modificar os fatores de *stress* e dadas as diferenças cognitivas, físicas e sociais que irão interferir com a avaliação da situação (Raimundo & Pinto, 2006; Ryan-Wenger et al., 2012). Durante a adolescência a reatividade ao *stress* e a dificuldade de interpretar e demonstrar respostas emocionais encontra-se aumentada comparativamente com adultos devido ao desenvolvimento do córtex cerebral frontal e das alterações hormonais, que resultam num desenvolvimento cognitivo, emocional e físico acentuado, pelo que importa conhecer as particularidades do desenvolvimento durante a adolescência (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008).

1.1.1 Adolescência e adolescentes: Breve abordagem ao desenvolvimento

A adolescência é uma etapa de desenvolvimento onde ocorrem múltiplas experiências de adaptação e confrontação relacionadas com as mudanças

físicas e biológicas, experimentação e aquisição de novos papéis sociais e emocionais e maior preocupação com o autoconceito, bem como a transição de uma posição de dependência dos pais para a autonomia e independência na tomada de decisão (Bandura, 1998; Organização Mundial de Saúde [OMS], 2014; Canha & Portinha, 2015; Regulamento nº422/18). É também um período marcado pelo desenvolvimento de capacidades e conhecimentos, onde aprendem a gerir as suas emoções e relacionamentos, adquirem atributos e desenvolvem capacidades que serão importantes para a idade adulta (Smith, 2004; OMS, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (2014) define adolescência como o período compreendido entre os 10 e os 19 anos de idade, podendo a adolescência ser dividida em três etapas: o início da adolescência, entre os 10 e os 13 anos, a adolescência intermédia, entre os 14-15 anos, e a adolescência tardia, entre os 16 e os 19 anos. A maioria dos adolescentes está, desta forma, incluída na definição de criança adotada na Convenção sobre os Direitos da Criança, que considera criança a pessoa com menos de 18 anos de idade (UNICEF, 1989).

O início da adolescência caracteriza-se pelo início da maturação sexual e por um surto de crescimento. Nesta fase o adolescente desenvolve um pensamento abstrato (OMS, 2014). Na adolescência intermédia, as principais alterações físicas estão concluídas. O adolescente inicia o desenvolvimento da sua identidade pessoal, em relação aos pares e família, desenvolvendo um pensamento reflexivo (OMS, 2014). Na adolescência tardia o adolescente assemelha-se fisicamente a um adulto, estando completo o desenvolvimento físico e a maturação sexual. Nesta fase possui opiniões, ideias e valores bem assentes estando a sua identidade, habitualmente, definida (OMS, 2014).

Na adolescência os indivíduos são expostos a novos fatores de *stress* com os quais ainda não tinham lidado e para os quais ainda não desenvolveram estratégias de *coping*. Assim, os processos de *coping* são determinantes para o seu bem-estar psicológico (Raimundo & Pinto, 2006).

O fator de *stress* e a avaliação subjetiva que o adolescente faz sobre este irá determinar o impacto do evento. Esta avaliação está intimamente ligada às reações emocionais aos *stressors* e aos mecanismos de *coping*, sendo que situações ameaçadoras provocam sentimentos de medo e mecanismos de fuga

e de procura de apoio, e situações que sejam percebidas como desafiantes provocam interesse e mecanismos de resolução de problemas (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008).

O *stress* pode-se manifestar a nível psicológico através do aumento da ansiedade, depressão e sensação de desamparo, distúrbios do sono, diminuição da concentração e irritabilidade. A nível físico, as suas manifestações traduzem-se no aumento da frequência respiratória, taquicardia e hipertensão, ocorrendo também um maior recrutamento de oxigénio e aumento do metabolismo a nível cerebral, cardíaco e muscular, para a reação de “*fight or flight*” em resposta ao *stress* (Norton-Westwood, Pearson & Robertson-Malt, 2011).

Experienciar *stress* é importante para o desenvolvimento do adolescente (Seiffge-Krenke et al., 2009). Lidar com um desafio permite desenvolver capacidades pois os erros, reveses e dificuldades são oportunidades de aprendizagem e de desenvolvimento de estratégias de *coping* para futuras situações negativas (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008). Os resultados poderão ser positivos ou negativos consoante a forma como lida com as situações de *stress* de forma eficaz ou não (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008).

Na adolescência, existem *stressores* relacionados com a sua fase de desenvolvimento, associados ao desenvolvimento da identidade, autonomia e independência e ao estabelecimento de relações com o grupo de pares (García & Pintor, 2012). Estes *stressores* dependem de fatores pessoais e ambientais, podendo ser reais ou potenciais e ter um efeito protetor ou ameaçador (García & Pintor, 2012). Desta forma interessa conhecer e compreender quais os *stressores* a que os adolescentes estão expostos, como reagem e quais as estratégias de *coping* utilizadas e consequentes resultados, que fatores individuais e ambientais influenciam o processo e qual o sentido que atribuem aos eventos stressantes (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008; Seiffge-Krenke et al., 2009; Ryan-Wenger et al., 2012).

Os *stressores* dividem-se em duas grandes categorias: normativas e não-normativas, que influenciam o bem-estar do adolescente. As primeiras dizem respeito aos *stressores* do quotidiano, relacionados com o desenvolvimento, com as relações interpessoais com o grupo de pares, pais ou irmãos e os

relacionados com a escola, como dificuldade no aproveitamento escolar e problemas com professores (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008; Seiffge-Krenke et al., 2009; Ryan-Wenger et al., 2012). As segundas correspondem aos *stressores* derivados de experiências traumáticas ou excepcionais, nas quais se incluem a doença aguda e inesperada, que pode requerer o internamento hospitalar (Ryan-Wenger et al., 2012).

O desenvolvimento corporal do adolescente pode ser gerador de *stress*, na medida em que a alteração da constituição corporal e da imagem corporal causam insatisfação e *stress* na construção da sua identidade (Seiffge-Krenke et al., 2009). O desenvolvimento cognitivo do adolescente leva ainda à preocupação com o seu futuro, em termos académicos e carreira futura (Seiffge-Krenke et al., 2009).

O grupo de pares e a pressão exercida por estes é outro fator de *stress* para o adolescente pela sua necessidade de inclusão no grupo, em que as discussões podem provocar sentimentos de ansiedade ou depressão (Montgomery, Trumpower, McMurtry, Ghani, Daubney, & Guerin, 2014). Contudo, uma autoestima elevada ajuda a minimizar estes sentimentos e o impacto deste *stressor* (Montgomery et al., 2014).

As relações românticas na adolescência, pela sua inconstância e conflitos com o parceiro romântico, são um *stressor* mais significativo para as adolescentes e representam um *status* dentro do grupo de pares (Seiffge-Krenke et al., 2009; Montgomery et al., 2014).

Os conflitos familiares, em particular entre os pais e os adolescentes, constituem um fator de *stress*, bem como a parentalidade exercida, sendo que pais controladores ou muito críticos e intransigentes com os filhos aumentam o *stress* do adolescente (Montgomery et al., 2014). Os adolescentes tentam estabelecer relações mais igualitárias com os pais, num processo de autonomia crescente, originando *stress* (Seiffge-Krenke et al., 2009). Os problemas financeiros da família, um novo elemento familiar, a doença de um elemento ou morte são outros fatores de *stress* familiar (Santos & Castro, 1998).

A pressão relacionada com a escola e o aproveitamento escolar é um *stressor* recorrente na literatura, sendo que as adolescentes sentem uma maior pressão para ter sucesso académico que os seus homólogos masculinos

(Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008; Seiffge-Krenke et al., 2009; Montgomery et al., 2014).

Estes *stressores* de caráter normativo são encarados maioritariamente como desafios. Contudo, pode existir uma componente de ameaça ou perda (Seiffge-Krenke et al., 2009).

Os níveis de *stress* percebido variam consoante a situação, sendo a situação normativa de maior *stress* os conflitos com os pais relativos à sua autonomia, problemas de comunicação e pressão para o sucesso escolar (Seiffge-Krenke et al., 2009). As situações de menor *stress* percebido são as relativas ao *self*, dada a autoestima habitualmente positiva do adolescente. Os adolescentes até aos 15 anos sofrem de níveis superiores de *stress*, assistindo ao seu decréscimo a partir desta idade (Seiffge-Krenke et al., 2009).

1.1.2 Gestão de *stress* e estratégias de *coping*

Esta perspetiva cognitivista do *stress*, que surgiu na década de 80, dá ênfase à interação do adolescente com o ambiente, à significação do próprio sobre os fatores de *stress* ou dificuldades a que foi exposto e sobre as competências pessoais que possui para lidar com a situação, considerando o *stress* um desequilíbrio ou desajuste, conceptualizando-o como um processo de transição (Barros, 2003; Lyon, 2012). É introduzida nesta perspetiva a variabilidade individual presente aquando da exposição a um estímulo ou contexto *stressor*, considerando-se que o *stress* resulta de um processo de mediação cognitiva e não pelo estímulo em si, em que o indivíduo avalia o estímulo como uma ameaça, um dano ou um desafio (Serra, 2005; Faro & Pereira, 2013).

Esta perspetiva ajusta-se ao adolescente e à fase de transição que está a vivenciar, em que atribui significado e interpreta as suas experiências e o desequilíbrio que representam entre a complexidade de um evento interno ou externo, as dificuldades e desafios que impõe, e a sua capacidade para dar resposta. Destas experiências resultam o seu conceito pessoal de *stress* e a autoavaliação das competências ou recursos que possui para responder ao mesmo (Barros, 2003).

É aqui introduzido o conceito de percepção de *stress*, ou *stress* percebido, que resulta da avaliação supramencionada, que interfere com a reação, sentimentos e comportamento da pessoa. Este é um processo composto por três tipos de avaliação: a avaliação primária, secundária e reavaliação (Serra, 2005; Lyon, 2012).

Na avaliação primária pondera-se o impacto e o risco que o acontecimento indutor de *stress* representa para o bem-estar, podendo considerá-lo como irrelevante, uma ameaça (em que se pondera um potencial dano), uma perda (em que o dano já ocorreu) ou um desafio (do qual pode advir um *outcome* positivo) (Serra, 2005; Lazarus, 2006; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008; Papathanasiou et al., 2015).

Na avaliação secundária o indivíduo pondera acerca das estratégias de *coping* que tem disponíveis e qual a sua eficácia, determinando quais as mais adequadas para a situação específica (Lyon, 2012; Papathanasiou et al., 2015). Está patente a expectativa de autoeficácia, que consiste na crença ou confiança na capacidade que o próprio tem em ultrapassar dificuldades ou obstáculos, reconhecendo a sua competência pessoal e a sua capacidade de realizar determinado comportamento para obter o resultado desejado (Bandura, 1994; Serra, 2005). Esta avaliação decorre, na maioria dos casos, em simultâneo com a avaliação primária, influenciando-se mutuamente, visto que se a pessoa identificar recursos pessoais eficazes para lidar com o *stressor*, este deixa de ser percecionado como uma ameaça (Lyon, 2012; Faro & Pereira, 2013).

A reavaliação é um processo contínuo, que decorre durante a vivência da situação, atualizando-se a avaliação primária e secundária, ajustando-se a percepção de ameaça e avaliando a eficácia das estratégias de *coping* e a necessidade de as alterar, não resultando necessariamente em mais *stress*, uma vez que se pode alterar a percepção de ameaça e transformá-la num desafio ou num estímulo irrelevante (Lyon, 2012; Papathanasiou et al., 2015).

A avaliação de um acontecimento ou estímulo como uma ameaça ou *stressor* é influenciado por fatores relacionados com a situação e com o próprio, como: a quantidade e complexidade do *stressor*; a proximidade, intensidade e duração da ameaça; os recursos disponíveis; a “novidade” da situação; a incerteza e ambiguidade; os valores, compromissos e objetivos

personais; a autoestima; o apoio social; e a capacidade de adaptação (Lazarus, 2006; Lyon, 2012). Estes vão influenciar as emoções e comportamentos associados ao *coping* ou adaptação (Lazarus, 2006; Lyon, 2012). Desta forma, importa que o enfermeiro possua conhecimento acerca dos *stressores* presentes ou potenciais no contexto do internamento hospitalar, e dos recursos que o adolescente tem disponíveis, para atenuar a intensidade e quantidade de fatores de *stress*, contribuindo para a diminuição do seu impacto na avaliação primária, e ajudar o adolescente a mobilizar os recursos disponíveis.

Lazarus (2006) defende que quanto maior a confiança da pessoa na sua capacidade de superar obstáculos e ameaças, maior a probabilidade de avaliar uma situação como um desafio em detrimento de uma ameaça ou potencial dano. Assim, a avaliação cognitiva da situação e o *coping* estão interligados.

Esta teoria denota e sublinha também a interdependência entre o *stress* e as emoções, tendo em conta que a ansiedade, raiva, medo, culpa e tristeza (entre outros), são sentimentos de tonalidade negativa que derivam de situações de *stress* avaliadas e percebidas como uma ameaça ou dano, estando interligados os fatores desencadeantes, os mecanismos de adaptação e a interferência no bem-estar da pessoa (Serra, 2005; Lazarus, 2006; Lyon, 2012). Já os sentimentos de tonalidade positiva como a felicidade, otimismo e orgulho associam-se ao *stress* na medida em que derivam de situações resolvidas positivamente ou de situações em que as condições que as rodeiam podem colocar em risco esses sentimentos positivos, mobilizando-se recursos e estratégias de *coping* para prevenir esse acontecimento (Lazarus, 2006).

Denota-se assim que as emoções acompanham o *stress*, utilizando-se com frequência o estado emocional para o aliviar (Santos & Castro, 1998). Na avaliação cognitiva, para além da sua interferência na significação do *stress*, influencia a experiência emocional, sendo que na avaliação primária a um *stressor*, a ameaça e o significado atribuído à situação despoletam sentimentos congruentes com a significação. Assim, numa situação avaliada como ameaçadora o indivíduo experiencia medo, enquanto uma situação considerada um desafio provoca excitação. Outro exemplo, enquanto a ira e a irritabilidade estimulam uma reação defensiva, a angústia revela a necessidade de ajuda (Santos & Castro, 1998; Serra, 2005; Lazarus, 2006; Lyon, 2012).

Lazarus e Folkman (1984) definem *coping* como um processo de mudança cognitiva, emocional e comportamental para gerir as exigências internas e externas que são avaliadas, e que requerem a mobilização de parte dos recursos da pessoa, da sua totalidade ou que os excedem.

O *coping* baseia-se na resposta fisiológica ao *stress*, na avaliação da situação, estabelecimento de objetivos, atenção e resultados desejados, em que as relações interpessoais e o contexto influenciam o processo (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008). Este conceito consiste num processo cognitivo que permite gerir e lidar com as situações de *stress* e com os problemas quotidianos, não estando implícita a necessidade de mestria (Serra, 2005; Antoniazzi, Souza & Hutz, 2009; Lyon, 2012).

Esta gestão reflete o esforço da pessoa em evitar uma situação de *stress* ou minimizá-la, em tentar mudar, tolerar ou aceitá-la, ao mesmo tempo que tenta dominar ou lidar com o ambiente que a rodeia, reconhecendo a necessidade de adaptação e a produção de um comportamento novo, sendo orientado para o presente e para o futuro (Serra, 2005; Lyon, 2012).

O Modelo cognitivista do *stress* e *coping* identifica duas formas de *coping*: focado no problema e focado nas emoções, sendo ambas utilizadas na gestão de situações de *stress* (Lazarus & Folkman, 1984; Serra, 2005; Lyon, 2012; Ramos et al., 2015).

O *coping* focado no problema corresponde a estratégias de resolução de problemas, em que se identifica o problema, definem-se diferentes soluções e avalia-se o custo e benefício das diversas ações, implementam-se as ações para mudar o que pode ser modificado na situação e, se necessário, adquirem-se novas capacidades (Lyon, 2012). Esta forma de *coping* pode ser direcionado para o exterior, em que se pretende mudar um aspeto do ambiente, ou para o interior, em que se modifica um aspeto do *self* num movimento ligado à reavaliação da situação em que, por exemplo, se reconhecem recursos e forças pessoais ou se altera o envolvimento do ego na situação (Lyon, 2012).

O *coping* focado nas emoções tem como finalidade diminuir o *distress* emocional através de estratégias como o evitamento, distanciamento, procura de apoio emocional, meditação, exercício, ventilação de emoções, atenção seletiva, culpabilização e minimização (Lyon, 2012). Modifica-se a forma como a situação é interpretada sem modificar a situação em si ou o seu significado,

num movimento que corresponde, tal como no *coping* focado no problema que se dirige para o *self*, à reavaliação (Lyon, 2012). Esta estratégia é utilizada quando a situação não é passível de ser modificada (Lyon, 2012; Ramos et al., 2015).

As estratégias de *coping* demonstram os mecanismos psicológicos que permitem enfrentar situações adversas e superá-las, possibilitando a compreensão dos fatores envolvidos no processo que conduziram a resultados adaptativos positivos ou negativos. Assim, a análise das estratégias de *coping* utilizadas pela pessoa permite avaliar a sua vulnerabilidade ao *stress* (Aldwin, 2011; Ramos et al., 2012).

O modelo cognitivista do *stress* e *coping* foi inicialmente desenvolvido para a população adulta, não existindo à data modelos que considerassem o desenvolvimento infantil no processo de adaptação ao *stress*. Surgiu então nos anos 90 uma conceptualização do *coping* como uma ação regulatória, sob a perspetiva do desenvolvimento, destacando-se o trabalho de Skinner, que se debruça sobre o *coping* da criança e do adolescente (Ramos et al., 2015).

A revisão da literatura de Zimmer-Gembeck e Skinner (2011) clarificou a hierarquização das estratégias de *coping* e a sua presença em cada idade, definindo doze estratégias de *coping*: resolução de problemas, procura de informação, desesperança, fuga, autoconfiança, procura de apoio, delegação, isolamento social, acomodação, negociação, submissão e oposição.

Os *outcomes* do processo de *coping* podem ser processos adaptativos negativos ou positivos, de acordo com a natureza dos recursos que o adolescente mobiliza perante uma situação de *stress* e consoante as consequências a médio e longo prazo para a saúde física e mental do adolescente, estando associado a um resultado positivo as estratégias de autoconfiança, procura de apoio, resolução de problemas, procura de informação, acomodação e negociação, e a um processo adaptativo negativo a delegação, isolamento, desamparo, fuga, submissão e oposição, com consequências na saúde do indivíduo (Skinner et al., 2003; Folkman, 2011; García & Pintor, 2012; Ramos et al., 2015).

Conhecer as estratégias de *coping* e as suas mudanças ao longo da idade permite facilitar a utilização e aquisição de recursos que permitam lidar de forma saudável e construtiva com situações de *stress*, desafios, obstáculos,

perdas e falhas (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011). Permite ainda identificar quais as estratégias de *coping* que devem estar presentes em determinada idade, desde o início ao final da adolescência, e quais as transições que deverão ocorrer no sentido de uma maior autoeficácia, permitindo aos profissionais promover o desenvolvimento de capacidades e o *coping* dos adolescentes a situações de *stress*, como a hospitalização (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2011).

Se ajudarmos o adolescente a melhorar ou desenvolver os seus mecanismos de *coping*, a forma como avaliam um *stressor* e reagem a este será mais positiva, promovendo-se resultados mais saudáveis da experiência vivida (Raimundo & Pinto, 2006; García & Pintor, 2012; Ryan-Wenger et al., 2012).

É espetável que nesta faixa etária os indivíduos tenham a capacidade de mobilizar um vasto leque de estratégias de *coping*, pois existe uma maior permeabilidade à mudança e à adaptação durante a adolescência. Adolescentes com uma variedade reduzida ou rígida de estratégias de *coping* são considerados menos aptos a gerir o seu *stress* e têm maior dificuldade de adaptação (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008).

Estratégias de *coping* como a resolução de problemas e procura de informação são associadas a uma vivência mais saudável com o *stress*, com maior competência e um funcionamento mais positivo, enquanto as de evitamento, oposição e desesperança estão relacionadas com menor funcionalidade, menor competência para lidar com problemas e dificuldades de adaptação. Contudo, é necessário saber mobilizar todas as estratégias, para que possam ser utilizadas em caso de necessidade (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008; Antoniazzi et al., 2009).

Durante a adolescência existem estratégias de *coping* comuns que inicialmente se concentram em ações que pretendem modificar o fator/situação de *stress* e, no decurso da adolescência, privilegiam-se estratégias que permitem gerir as emoções e reduzir a tensão. As estratégias mais utilizadas são a procura de apoio, a resolução de problemas e a distração, seguindo-se a acomodação e a autoconfiança, sendo estes últimos dependentes da natureza do *stressor* (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008, 2011).

A procura de apoio inclui a ajuda instrumental e a procura de informação e de apoio emocional. Aqui, os adolescentes recorrem ao grupo de pares para auxiliar na resolução de pequenos problemas quotidianos e no apoio emocional. Quando o fator de *stress* é significativo e incontável, os adolescentes recorrem com maior frequência ao adulto, que os ajuda a identificar a melhor estratégia de *coping* para a situação específica e os capacita para uma maior autonomia e autorregulação (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008).

A resolução de problemas é um processo cognitivo que é mais utilizado com o aumento da idade, na medida em que o adolescente desenvolve confiança na sua tomada de decisão e na capacidade de utilizar estratégias para tomar decisões, através da utilização da reflexão, planeamento e elaboração de uma estratégia que permita e facilite tomar a decisão (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008).

A distração é uma das estratégias de *coping* mais utilizadas para lidar com o *stress*, através da distração cognitiva com pensamentos positivos e leitura. Com o decorrer da adolescência esta estratégia é combinada com outras, complementando-as e tornando-se uma ferramenta útil no alívio do *stress* (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008).

1.2 Cuidar do adolescente em situação de internamento hospitalar

As mudanças características da adolescência alicerçam os comportamentos relacionados com a saúde e com as condições de saúde e doença, tendo implicações na forma como os adolescentes perspetivam o presente e o futuro. As intervenções delineadas para promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença têm de considerar a influência destes aspetos na eficácia das intervenções, sendo essencial a sua adaptação aos adolescentes a quem se dirigem (OMS, 2014). Ao lidar com adolescentes com problemas de saúde, estas intervenções realizam-se num contexto de mudanças mais marcadas (Figueiredo, Almeida, Santos & Carneiro, 2015).

Os adolescentes são um grupo etário saudável, sendo pouco frequente a sua necessidade de recorrer aos serviços de saúde (Abreu & Azevedo, 2012).

Na presença de uma doença aguda ou agudização de uma doença crónica que requeira o internamento hospitalar, esta situação é fonte de *stress*, difícil de gerir pelo próprio e sua família (Abreu & Azevedo, 2012).

A hospitalização constitui uma interrupção no processo de desenvolvimento do adolescente, podendo ter efeitos negativos no seu desenvolvimento e bem-estar psicológico (Smith, 2004). Esta constitui mais um fator de desequilíbrio, sendo comum sentimentos de revolta, frustração, solidão, tristeza e preocupação devido à quebra do seu quotidiano, ao afastamento do grupo de pares e família (Branco et al., 2009).

A exposição ao *stress* pode resultar em resultados positivos ou negativos consoante a forma como os adolescentes lidam com as situações de *stress* (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008). O internamento hospitalar pode, assim, ser uma oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento, podendo adquirir competências de controlo da ansiedade, medo e dor, desenvolver estratégias de confronto e adquirir a perceção da sua competência e auto-eficácia (Bandura, 1988; Barros, 2003; Serra, 2005).

O EEESIP, inserido na equipa de enfermagem, deve ter estes pressupostos presentes e sustentar a sua intervenção junto do adolescente e sua família em modelos conceptuais de enfermagem que orientem o cuidar no sentido do bem-estar do adolescente e sua família, tendo por base a parceria de cuidados e considerando a interação dinâmica entre o ambiente e os sistemas de energia com o objetivo de minimizar potenciais danos derivados de *stressores* internos e externos (Lawson, 2014; Lowry & Aylward, 2015). É assim evidente a adoção do Modelo dos sistemas de Betty Neuman na fundamentação dos cuidados ao adolescente em situação de internamento hospitalar, dada a preocupação com todas as variáveis que influenciam a resposta do adolescente ao *stress* (Lawson, 2014). Tendo também o Paradigma da Transformação como base estruturante dos cuidados de enfermagem, contempla-se o adolescente como um todo, que influencia e é influenciado pelo ambiente onde se insere (Lopes, 2001).

A parceria de cuidados é um dos atributos fundamentais do Cuidado Centrado na Família (CCF), que se assume como a filosofia de cuidados em pediatria (Smith et al., 2014). Esta é fundamental uma vez que o alvo de cuidados engloba o binómio adolescente e família (Regulamento nº422/18). O

enfermeiro reconhece a família como uma constante na vida do jovem e que os cuidados são de qualidade superior quando as famílias são incluídas no processo (Harrison, 2010). O foco é colocado na família, considerada um elemento essencial para garantir a saúde e o bem-estar do adolescente (Smith, Swallow & Coyne, 2014). A parceira vai além da partilha de cuidados com os pais, sendo partilha de poder, de informação e tomada de decisão partilhada entre pais, adolescente e enfermeiro, potenciando os recursos disponíveis e valorizando a parentalidade, numa perspetiva constante de adaptação do plano de cuidados às necessidades do jovem e seus pais (Mendes & Martins, 2012; Sousa et al., 2013).

Para minimizar o impacto dos *stressors* relacionados com a experiência de hospitalização, é essencial uma ação convergente com o CCF, na qual se valoriza a experiência e conhecimento único que os pais detêm acerca do seu filho e se partilha esse conhecimento. Assim, os enfermeiros adquirem uma melhor perceção das necessidades específicas e preferências (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2011; Sousa et al., 2013; Uhl et al., 2013). Pretende-se promover um sentimento de controlo bem como prevenir, minimizar ou eliminar o *stress* psicológico e físico que o adolescente experimenta durante o internamento hospitalar, segundo o princípio ético da Não Maleficência e os princípios dos Cuidados Não Traumáticos, que se preocupam acerca do como, onde, quem e o porquê de cada procedimento realizado (Hockenberry & Barrera, 2014; Lei nº 156/15).

De acordo com o modelo de sistemas de Betty Neuman (Anexo I), os *stressores* são estímulos que produzem tensão, tendo o potencial de influenciar a estabilidade do sistema de forma positiva ou negativa. Podem ser desencadeados por fatores intrapessoais, que ocorrem no interior do indivíduo, fatores interpessoais, que derivam das forças entre indivíduos, e fatores extrapessoais, externos ao cliente (Lawson, 2014).

O sistema é dinâmico e permeável, onde a energia se move no sentido da estabilidade ou instabilidade consoante contribua para a organização, complexidade e desenvolvimento do sistema no sentido da estabilidade e bem-estar, ou consoante contribua para a desorganização, aleatoriedade e dissipação da energia (Lowry & Aylward, 2015). O *stress* e a reação ao *stress* são componentes básicos de um sistema permeável (Lawson, 2014).

O bem-estar é definido como um *continuum* de energia disponível que permite manter o sistema num estado de estabilidade, traduzindo-se em saúde. O nível de bem-estar varia de acordo com a quantidade de energia a mobilizar para restabelecer e manter a estabilidade do sistema. Tendo presente que o adolescente e o ambiente se influenciam mutuamente de forma positiva ou negativa, o enfermeiro necessita definir ações de enfermagem adequadas às situações associadas aos *stressores* ou às possíveis reações associadas aos mesmos no sistema cliente-cliente (Lowry & Aylward, 2015).

Em pediatria o ambiente de cuidados é fulcral para uma experiência de hospitalização positiva, pois o simples facto do adolescente se encontrar num ambiente desconhecido é, por si só, fonte de *stress* e ansiedade (Norton-Westwood et al., 2011).

O sistema cliente-cliente é constituído por círculos concêntricos, em que as cinco variáveis do cliente – espiritual, sociocultural, psicológica, desenvolvimental e fisiológica – estão presentes em todos os círculos constituintes deste sistema. Fazem parte deste sistema, do mais externo para o interior, a linha flexível de defesa, linha normal de defesa, linhas de resistência e estrutura básica (Lawson, 2014).

A autora, no seu modelo, preconiza que a linha flexível de defesa é um sistema protetor que impede a incursão do *stressor* até à linha normal de defesa. Tem um efeito amortecedor, que é tanto maior quanto mais afastada estiver da linha normal de defesa. A linha flexível de defesa é menos eficaz e aproxima-se mais da linha normal de defesa quando exposta a múltiplos *stressores*, em situações de emergência ou quando se alteram as condições do cliente como, por exemplo, a privação de sono, desidratação ou desnutrição (Lawson, 2014; Lowry & Aylward, 2015). No contexto de internamento hospitalar, o adolescente tem a sua linha flexível de defesa mais próxima da linha normal de defesa pelo contacto com múltiplos *stressores*, pela alteração do padrão de sono, dor, doença, entre outros.

A qualidade e o número de horas de sono são influenciados negativamente com a presença de bebés e crianças que acordam durante a noite a chorar, concomitantemente com um ambiente de luminosidade excessiva (Clift et al., 2007).

O ambiente hospitalar é uma fonte de *stress* para os adolescentes e suas famílias, devido a questões de segurança, ruído excessivo, falta de privacidade, espaços e corredores confusos, entre outros. O ruído é considerado o fator principal para a alteração da qualidade do sono dos pais e dos adolescentes (Watts & Wilson, 2009).

Para que o ambiente físico transmita segurança e reduza a ansiedade e o nível de *stress*, é necessário que se arquitetem espaços de saúde que promovam o bem-estar e a cura do cliente, através do *design* e do efeito que provoca na experiência de hospitalização dos indivíduos (Norton-Westwood et al., 2011).

No estudo de Andrade (2010), 75% dos participantes têm sintomas significativos de *stress*, sendo a insônia o sintoma mais frequente, sucedendo-o a irritabilidade, sintomas de depressão, problemas de memória e sensação de cansaço constante. Considera-se que, para tal ocorrer, o adolescente está exposto por um período considerável de tempo a excessivas fontes de *stress*, que requerem um dispêndio acentuado de energia para as enfrentar.

A linha normal de defesa caracteriza-se pelo bem-estar habitual ou estabilidade, que resulta da adaptação ao longo do tempo a diversos *stressores* com os quais o adolescente lida. É dinâmica, sendo possível manter a estabilidade do sistema e a integridade da estrutura básica quando exposto a *stressores* com os quais já teve contato (Lowry & Aylward, 2015).

As linhas de resistência encontram-se entre a linha normal de defesa e a estrutura básica. Cada linha de resistência é composta por recursos internos e externos, que se alteram de acordo com as variáveis do cliente, que protegem e reforçam a integridade do sistema nas situações onde a linha normal de defesa é atravessada por um ou mais *stressores*. Nestes casos são visíveis reações ou sintomas no adolescente (Lowry & Aylward, 2015). A estabilidade é restaurada e os sintomas revertem quando estas linhas são eficazes (Lowry & Aylward, 2015). No caso do adolescente é frequente a ansiedade, distúrbios do sono e irritabilidade, sintomas que refletem a exposição aos *stressores* relacionados com o internamento hospitalar, que ultrapassaram quer a linha flexível quer a linha normal de defesa.

A estrutura básica é central e contém os fatores básicos de sobrevivência, ou fontes de energia, como a estrutura do ego, os padrões de resposta, os

conhecimentos, o padrão genético, a temperatura e a constituição e robustez dos órgãos (Lawson, 2014; Lowry & Aylward, 2015).

Betty Neuman também define como conceito central do seu modelo o ambiente, que consiste nos fatores ou influências internas e externas que envolvem o cliente e o seu sistema, considerando o ambiente como interno, onde residem os fatores intrapessoais; o ambiente externo, composto por fatores inter e extrapessoais; e o ambiente criado que engloba os fatores intra, inter e extrapessoais, criando um escudo protetor que promove a integridade, estabilidade e um ambiente seguro, atenuando o efeito dos *stressores* (Lawson, 2014; Lowry & Aylward, 2015).

No ambiente interno encontram-se as forças que estão no interior do sistema cliente-cliente, que incluem as cinco variáveis do cliente. São consideradas forças intrapessoais: a nível da variável fisiológica, a resposta do sistema autoimune e a mobilidade; a nível psicológico e sociocultural, as atitudes, expectativas, estratégias de *coping* e padrões de comportamento; a nível desenvolvimental, a idade e nível de desenvolvimento; e a nível espiritual, a esperança e as forças de sustentação (Lowry & Aylward, 2015).

O ambiente externo engloba as forças ou influências externas ao sistema cliente-cliente, sendo considerados como fatores interpessoais as relações e recursos familiares, de amigos e/ou de cuidadores. De destacar que os adolescentes têm necessidade de conviver e ser aceites pelo grupo de pares, valorizando a sua presença e o contato com estes durante o internamento hospitalar. É necessário valorizar esta força e fornecer a oportunidade de interagir com outros adolescentes de idade semelhante, partilhando experiências e fornecendo suporte mútuo, sendo esta uma estratégia de *coping* eficaz (Smith, 2004; Abreu & Azevedo, 2012).

Os fatores extrapessoais incluem o nível socioeconómico, educação e outros recursos (Lowry & Aylward, 2015).

De acordo com o estudo realizado por Figueiredo et al. (2015) com adolescentes, as experiências menos positivas da hospitalização correspondem ao impedimento de sair do serviço, sentirem-se fechados e aborrecidos. Dado o ambiente pouco amigável, a interrupção das suas atividades e o regulamento de visitas, sentem necessidade de conviver com os amigos, família alargada e animais de estimação, bem como das suas

atividades diárias e da sua casa e objetos pessoais, considerando estas privações como *stressores* (Abreu & Azevedo, 2012; Figueiredo, et al., 2015).

O enfermeiro necessita de fazer uma avaliação que permita identificar a constituição do ambiente criado e os seus *outcomes* para potenciar os recursos e contribuir para o seu fortalecimento e proteção, bem como avaliar a natureza dos *stressores* e os seus efeitos reais e potenciais no adolescente para, em parceria, estabelecer e desenvolver intervenções, denominadas por “prevenção” para manter o sistema estável (Lowry & Aylward, 2015).

As intervenções são então denominadas de prevenção primária, secundária ou terciária (Lawson, 2014). A prevenção primária assenta nas ações que promovem o bem-estar através da prevenção do *stress* e redução dos fatores de risco, para evitar a sua ocorrência e contacto com as linhas de defesa, evitando-se a reação do adolescente ao mesmo. Assim, fortalece-se a linha flexível de defesa e simultaneamente protege-se a linha normal de defesa (Lawson, 2014; Lowry & Aylward, 2015).

A prevenção secundária consiste no conjunto de intervenções realizadas após ocorrer o contato e reação do adolescente aos *stressores*. Aqui, as intervenções têm como objetivo diminuir os sintomas, reduzir a reatividade aos *stressores*, recorrer às linhas de resistência e fortalecê-las, mobilizando os recursos internos e externos do adolescente para conservar energia e atingir o nível de estabilidade possível e, idealmente a sua reconstituição (Lawson, 2014; Lowry & Aylward, 2015).

A prevenção terciária inicia-se após a reconstituição do adolescente, desenvolvendo-se intervenções que visem a readaptação, a educação para a prevenção de novas ocorrências e a manutenção da estabilidade e do bem-estar, conservando energia e promovendo as forças da pessoa, num movimento de retorno à prevenção primária (Lowry & Aylward, 2015).

Os resultados de enfermagem (*outcomes*) são determinados pelo sucesso das intervenções e avaliação dos objetivos definidos (Lowry & Aylward, 2015). Realiza-se assim uma ligação entre o adolescente, o ambiente, saúde e enfermagem, os conceitos centrais do modelo, através de diagnósticos, objetivos, intervenções e resultados (Lawson, 2014).

2. PERCURSO FORMATIVO

Neste capítulo será descrito o percurso efetuado desde o planeamento do projeto de estágio à sua implementação nas instituições selecionadas. Realiza-se uma análise reflexiva sobre as atividades realizadas nos diversos contextos de estágio, as aprendizagens e as competências resultantes deste processo, descrevendo-se os seus contributos para o alcance dos objetivos propostos.

A reflexão sobre a ação tem como propósito a transformação do saber através da experiência, tendo por base a reflexão sobre o próprio, a experiência concreta, o ambiente ou circunstâncias onde decorreu e os seus resultados ou contributos para a prática seja no passado, na atualidade ou futuro (Sellars, 2014).

2.1 O início do percurso

O projeto de estágio foi elaborado com vista ao enriquecimento do percurso pessoal de enfermeira licenciada para enfermeira especialista, promovendo o desenvolvimento profissional e pessoal e um cuidado sustentado ética e teoricamente, que demonstre proficiência no julgamento clínico e tomada de decisão, visíveis através do desenvolvimento de saberes e competências comuns de EE e específicas de EEESIP (Regulamento nº 140/19). Para efetivar o seu desenvolvimento e o alcance dos objetivos propostos foi inicialmente definido o referencial teórico, identificadas as instituições a envolver, traçado um plano de trabalho e métodos, delineados objetivos gerais e específicos e determinadas atividades a desenvolver a par dos locais de estágio propostos e dos objetivos, sendo delineado um cronograma com o percurso formativo e guias orientadores para cada contexto.

O primeiro objetivo geral, desenvolver competências de EEESIP no cuidado à criança, ao jovem e sua família nas diferentes etapas do desenvolvimento e contextos onde se encontrem, tem como objetivos específicos:

- 1.1 Desenvolver competências específicas no âmbito da promoção da vinculação e da parentalidade;

1.2 Promover comportamentos potenciadores de saúde, estilos de vida saudáveis e a gestão do plano de saúde no sentido da maximização da saúde da criança e do jovem.

O segundo objetivo geral, desenvolver estratégias de intervenção promotoras da gestão de *stress* no adolescente em internamento hospitalar, tem como objetivos específicos:

2.1 Identificar os fatores de *stress* dos adolescentes em situação de internamento hospitalar;

2.2. Desenvolver intervenções de enfermagem promotoras da gestão do *stress* pelo adolescente.

2.2 Contextos de estágio selecionados: breve descrição

A seleção dos contextos de estágio foi realizada tendo em consideração o desenvolvimento de competências comuns de EE e específicas de EEESIP para responder às necessidades de desenvolvimento e do ciclo de vida da criança e do jovem (Regulamento 422/18). Ao mesmo tempo, elegeram-se locais de estágio que permitam a abordagem a adolescentes em diferentes contextos, para possibilitar o desenvolvimento de competências relacionadas com a temática em estudo, com vista à aquisição do nível de proficiente/perito nesta área (Benner, 2001; Regulamento 422/18). Os estágios decorreram de 24 de Setembro de 2018 a 6 de Fevereiro de 2019, podendo consultar-se os períodos específicos por contexto no cronograma (Apêndice I).

O **Centro de Desenvolvimento da Criança (CDC)** é um centro especializado direcionado a crianças e jovens com paralisia cerebral ou outras alterações neurológicas, que tem como objetivos principais a inclusão eficaz e com qualidade, através da promoção de competências afetivas, comunicacionais, sensoriais, motoras, percetivas, cognitivas e sociais; estabelecer relações de afetividade e segurança; e promover a autonomia. Este local permite observar peritos na avaliação, diagnóstico e orientação de crianças e jovens, na intervenção precoce até aos 6 anos de idade, no apoio educativo e terapêutico e na orientação técnica às famílias e apoio na comunidade. Este local foi selecionado por ser um centro de referência na

área, possuir o núcleo de intervenção precoce integrada (NIPI) e a unidade de técnicas aumentativas e alternativas da comunicação (UTAAC), uma mais-valia para o percurso formativo e desenvolvimento de competências.

A **Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN)** presta cuidados a recém-nascidos (RN) até aos 28 dias de idade, ou a bebés prematuros de poucos meses de idade cujos cuidados não possam ser assegurados em outras unidades. Este serviço é o centro de referência de cirurgia neonatal, sendo prestados cuidados diferenciados a prematuros submetidos a cirurgia. O objetivo maior consiste na prestação de cuidados de excelência ao RN e sua família, refletindo-se nos cuidados, nos projetos desenvolvidos pelos enfermeiros da unidade e nas ações de formação no serviço, alinhados com o projeto global da qualidade da instituição. Incentiva-se, desta forma, o desenvolvimento profissional, de competências técnicas e relacionais para cuidar do RN e sua família com a qualidade e procura permanente da excelência preconizada (OE, 2011).

Possui projetos que incluem o Método de Canguru, Toque nutritivo e massagem no bebé e Posicionamento, sendo um dos objetivos transversais a estes projetos a promoção do conforto e redução do *stress* nos bebés. Este serviço foi selecionado por possuir projetos dentro da temática do *stress* e por viabilizar o desenvolvimento de competências de promoção da vinculação.

A **Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados (UCSP)** selecionada possui valências de atendimento à população pediátrica de vacinação, saúde escolar, saúde infantil e atendimento juvenil, com EEESIP responsáveis pela consulta de Recém-nascidos até ao 1º ano de vida, consultas de desenvolvimento e exames globais dos 5-6 anos. Faz ainda a ligação ao Centro de Atendimento a Adolescentes (CAA), encaminhando os jovens de acordo com as suas necessidades. A eleição deste local permite observar a avaliação do crescimento e desenvolvimento infantil e o fornecimento de orientações antecipatórias por peritos na área, e desenvolver essas competências. Para além da permanência por três semanas na valência de Saúde Infantil, foi possível realizar estágio por duas semanas no **CAA**, que existe como organismo separado da UCSP e atende jovens dos 12 aos 24 anos. Possui uma equipa multidisciplinar e funciona nas vertentes de Atendimento Global e Integrado, Promoção da Saúde, Formação e

Investigação. É um centro de referência de boas práticas no trabalho com adolescentes e suas famílias, com vista à promoção da saúde. Este foi o primeiro centro de atendimento “*adolescent-friendly health service*” em Portugal, definido pela OMS como um serviço acessível, que aposta na proteção e promoção de saúde e bem-estar do adolescente, incluindo a vertente da saúde sexual e reprodutiva (OMS, 2012). Com a seleção deste local pretende-se observar as consultas de enfermagem a adolescentes, a adequação da comunicação e a promoção da autodeterminação do adolescente nas suas escolhas em saúde por peritos.

O **Serviço de Urgência Pediátrica** (SUP) tem como população-alvo crianças desde o nascimento aos 18 anos menos um dia. Possui um protocolo de sedação vígil com protóxido de azoto, prestando apoio a procedimentos dolorosos e em situações de trauma, e tem um projeto que permite a presença dos pais em sala de reanimação. Optou-se por este serviço por possuir protocolos diferenciados de gestão da dor, um fator importante para a redução do *stress* e prestação de cuidados não-traumáticos, e por possibilitar a prestação de cuidados a crianças e jovens em contexto de urgência, que constitui uma situação importante de *stress* para o adolescente e sua família. Este é um serviço onde é pertinente a identificação de *stressors* nos adolescentes, passíveis de serem minimizados ou evitados, sendo um local de eleição tendo em consideração a temática abordada.

A **Unidade de Internamento de Pediatria** selecionada foi uma Unidade de Internamento de Adolescentes (UIA), inserida num hospital central com elevada diferenciação científica, técnica e tecnológica. É reconhecida pela sua excelência clínica, eficiência e eficácia, sendo uma instituição de referência de cuidados de saúde em Portugal. A UIA é um serviço diferenciado de atendimento a adolescentes, abrangendo idades compreendidas entre os 8 e os 18 anos. É um internamento médico-cirúrgico, com uma equipa multidisciplinar. Este contexto foi selecionado por, ao ser o local onde exerço funções como enfermeira, ter sido identificada a necessidade de desenvolver um projeto direcionado para o *stress* do adolescente em internamento hospitalar, sendo o período de estágio essencial para, através do desenvolvimento de aprendizagens e competências de EEESIP, dar

contributos para a melhoria da qualidade dos cuidados prestados aos adolescentes e suas famílias.

2.3 Análise e reflexão sobre as competências desenvolvidas em estágio

Segundo Benner (2001), a competência resulta de um processo interativo entre as capacidades, o conhecimento e a experiência. No processo de novição a perito, o enfermeiro desenvolve, integra e mobiliza de forma coerente os diferentes tipos de conhecimento. Competência pode ser definida como “(...) um conjunto de conhecimentos, capacidades e habilidades (...)” (Regulamento nº 140/19, p. 4745) que o enfermeiro mobiliza na prestação de cuidados. Para o desenvolvimento de competências comuns e específicas de EEESIP, é necessária a prestação de cuidados no contexto real, que possibilite o desenvolvimento da capacidade de julgamento clínico (Benner, 2001).

De seguida serão descritas as principais atividades, observações efetuadas e a consequente análise e reflexão crítica, para evidenciar os contributos de cada contexto de estágio no alcance dos objetivos propostos e desenvolvimento de competências. A exposição terá como base as reflexões realizadas em cada local de estágio, estando organizadas em função dos objetivos gerais e específicos delineados.

2.3.1 Desenvolvimento de competências de EEESIP no cuidado à criança, ao jovem e sua família nas diferentes etapas do desenvolvimento e contextos onde se encontrem.

Para atingir este objetivo foram planeadas e realizadas atividades essencialmente nos contextos do Centro de Desenvolvimento da Criança, UCIN, UCSP e SUP.

Ao nível do objetivo específico: **Desenvolver competências específicas no âmbito da promoção da vinculação e da parentalidade**, no conjunto de atividades desenvolvidas, destaco uma sessão de formação dinamizada pela equipa da UCIN intitulada “Atualidades em Neonatologia”, onde peritos da área

transmitiram os seus conhecimentos e promoveram o debate entre profissionais. A destacar os contributos da enfermeira perita sobre o tema relativo à cultura Hindu, que realçou a importância do cuidado centrado na família e adaptado à sua cultura (Apêndice II). É essencial que o EEESIP possua conhecimentos relativos às tradições e crenças das diferentes culturas presentes na população a que presta cuidados, de forma a adequar a sua intervenção. Aqui o EEESIP deve sensibilizar a equipa para o simbolismo associado às crenças e rituais de proteção inerentes a cada cultura e proporcionar condições para a sua realização durante o internamento do RN, para promover a vinculação dos pais ao RN e a sua inclusão familiar.

Na UCIN preconiza-se a inclusão dos pais nos cuidados, nomeadamente na higiene, mudanças de fralda, alimentação e conforto, e incentiva-se a sua permanência na unidade durante o dia, junto dos seus filhos. O estabelecimento de uma relação de parceria entre o enfermeiro e a família do RN na UCIN é essencial, na qual o enfermeiro realça as competências que o RN já desenvolveu até à data, encoraja o toque e incentiva de forma progressiva a participação dos pais nos cuidados ao RN, de acordo com a complexidade da situação de saúde e estabilidade do RN, e com a capacidade dos pais/família em assegurar o cuidado sem representarem um risco para o RN. A participação dos pais nos cuidados respeita as orientações fornecidas pelo Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em Enfermagem da Criança e do Jovem (OE, 2011), iniciando-se num nível menos complexo e, com supervisão do EEESIP, aumenta-se gradualmente o seu nível de participação nos cuidados em ações mais complexas. A parceria de cuidados baseia-se, neste contexto, na educação e capacitação dos pais, na partilha de informação, na negociação e tomada de decisão partilhada no planeamento dos cuidados, promovendo não só a vinculação entre pais/RN como também a sua autonomia crescente e independência na resposta às necessidades do seu filho, promovendo-se a parentalidade, numa perspetiva constante de adaptação do plano de cuidados às necessidades da criança e seus pais (Mendes & Martins, 2012; Sousa et al., 2013). Pretende-se assim a integração progressiva do RN na sua família, respeitando as suas decisões e o nível de participação que conseguem realizar em determinado momento, numa atitude empática e flexível (OE, 2010). Foi assim possível desenvolver a

competência E1.1 “Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” (Regulamento 422/18, p.19193), E2.4 “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” (Regulamento 422/18, p. 19193), E3.1 “Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (Regulamento 422/18, p. 19194) e E3.2 “Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém -nascido (RN) doente ou com necessidades especiais” (Regulamento nº 422/18, p. 19194).

Ao colaborar no apoio e esclarecimento dos pais sobre os cuidados ao RN, foi necessário ter estes pressupostos presentes, bem como dominar técnicas de comunicação e ter uma atitude de respeito para com as crenças e cultura dos pais/família, adaptando o discurso, o vocabulário e a linguagem à capacidade de compreensão dos pais e à sua disponibilidade para assimilar os conhecimentos que lhe estavam a ser transmitidos, indo ao encontro da unidade de competência E3.3 “Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (Regulamento 422/18, p. 19194).

A amamentação é incentivada, sendo que nas situações em que não é possível amamentar a administração do leite é preferencialmente realizada pelos pais, dada a componente emocional da intervenção, em que existe interação entre os pais e o RN, estes aprendem a identificar e interpretar as expressões do RN e promove-se a vinculação, desenvolvendo-se aqui, novamente, a competência E3.2 (OE, 2010, 2015; Regulamento 422/18).

As competências supramencionadas foram também desenvolvidas através da participação nas consultas de enfermagem de saúde infantil e juvenil na UCSP, nas quais reforcei a importância do contato físico entre pais e recém-nascido (RN) através do método de Canguru e massagem, promotoras da vinculação, com a intenção de potenciar a relação entre pais e criança (OE, 2010). Colaborei na transmissão de orientações antecipatórias aos pais, promotoras da parentalidade e fulcrais na promoção da saúde das crianças e jovens, garantindo o seu bem-estar e assegurando o seu desenvolvimento e o direito “a gozar do melhor estado de saúde possível” (UNICEF, 1989, p.17;

Direção-Geral da Saúde [DGS], 2013; Regulamento 422/2018). Desta forma desenvolvi também a competência comum de EE A2 – “Promove práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento 140/19, p. 4746), por assegurar o respeito pelos direitos da criança e o direito dos pais e criança de acesso à informação.

Para alcançar o objetivo específico: **Promover comportamentos potenciadores de saúde, estilos de vida saudáveis e a gestão do plano de saúde no sentido da maximização da saúde da criança e do jovem**, assisti à intervenção da equipa do NIPI no contexto do CDC. O apoio terapêutico e educativo é de excelência, realizado por peritos da área com um nível aprofundado de conhecimentos e competências técnicas e relacionais, na qual o trabalho de equipa traz claros benefícios e resultados às crianças, contribuindo para a prevenção de situações problemáticas ou que possam interferir com a sua qualidade de vida (OE, 2011; Regulamento 422/18). Aqui, é imprescindível a competência e perícia do EEESIP na prestação de cuidados “promotores da majoração dos ganhos em saúde, recorrendo a uma variedade de terapias de enfermagem comuns e complementares, amplamente suportadas na evidência” (Regulamento 422/18, p. 19193).

A UTAAC providencia apoio especializado a crianças e jovens com paralisia cerebral ou outras patologias neurológicas que necessitem de tecnologias de apoio à comunicação. Esta valência garante a prossecução do artigo 21º a) e b) da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência (Instituto Nacional de Reabilitação [INR], 2010), relativo à liberdade de expressão e opinião e ao acesso à informação. Este define a necessidade de facilitar o acesso a novas tecnologias e sistemas de comunicação que permitam aceder a informação sob formatos apropriados à capacidade de compreensão da criança e jovem, garantindo “a liberdade de procurar, receber e difundir informação e ideias em condições de igualdade” (INR, 2010, p. 19). A observação participante na UTAAC foi uma das experiências mais significativas e diferenciadas deste estágio. Foi possível interagir recorrendo a estratégias que até então desconhecia, possibilitando o desenvolvimento significativo da competência E3.3 – “Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (Regulamento 422/18, p. 19194), dada

a aquisição de conhecimentos relativos a estas técnicas de comunicação, que estarei mais apta a recorrer em situações futuras, desenvolvendo simultaneamente competências técnicas e relacionais (OE, 2011).

Na UCIN realizei o posicionamento do RN de acordo com as boas práticas transmitidas, com maior proficiência. Foi importante o debate sobre o tema através da sessão de formação no serviço, que enfatizou a importância do posicionamento para o desenvolvimento neuromotor, contribuindo para um melhor controlo da cabeça, estabilidade do tronco, coordenação olho-mão e equilíbrio do RN (Apêndice II). Em RN internados na UCIN existe a necessidade de estabelecer limites à amplitude de movimentos do RN, para diminuir a sua desorganização, insegurança, irritabilidade, gasto energético e atividade motora, sendo também utilizado como estratégia não farmacológica para o alívio da dor (OE, 2013). Foi notória a apropriação dos conhecimentos transmitidos, tendo desenvolvido competência E3.1 “Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (Regulamento 422/18, p, 19194).

A promoção do crescimento e desenvolvimento infantil é uma área nobre de atuação do EEESIP e uma competência primordial, dado o papel preponderante que o enfermeiro tem na sua avaliação e no aconselhamento aos pais (OE, 2010).

Esta competência foi igualmente desenvolvida no contexto da UCSP com a verificação, na consulta de saúde infantil, do cumprimento do Programa Nacional de Vacinação (PNV) da criança, facultando a possibilidade da administração de vacinas indicadas para a idade durante a consulta. O EEESIP tem como preocupação o cumprimento do PNV da criança, em especial durante o primeiro ano de vida, dado este ser o período de maior vulnerabilidade e a imunização ser, por isso, determinante para a prevenção de ocorrência de doenças potencialmente graves, para a manutenção da sua saúde e um desenvolvimento saudável (OE, 2010; DGS, 2016).

Neste sentido foi também realizada a avaliação do desenvolvimento nas idades-chave preconizadas no Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (PNSIJ), utilizando como instrumento a Escala de Avaliação do Desenvolvimento de *Mary Sheridan* modificada dos 1-12 meses e dos 18 meses aos 5 anos. Na aplicação da escala tive em consideração que, apesar de ser conhecida a sequência de aquisições inerentes ao processo de

desenvolvimento psicomotor da criança, este é dinâmico e a sua velocidade difere de uma criança para outra, podendo variar a idade em que esta demonstra novas aquisições e transita de um estágio para outro (DGS, 2013). A aplicação da escala permite verificar se a criança está dentro do padrão de desenvolvimento normativo, ou seja, expectável para a sua idade, sendo necessário rigor na sua aplicação e evitar a ansiedade nos pais ou cuidadores.

A observação e aplicação da escala, por si só, não são suficientes para uma avaliação completa da criança, dado o curto espaço de tempo que os enfermeiros permanecem junto desta. Por isso é essencial questionar os pais ou cuidadores acerca dos comportamentos e capacidades da criança, permitir a expressão das suas preocupações e incentivar a descrição de situações ou comportamentos que considerem desadequados. Para que esta partilha de informação seja possível, é necessário que o enfermeiro baseie a sua intervenção na parceria de cuidados, eixo central do CCF, na qual se valoriza a experiência e conhecimento único que os pais detêm acerca do seu filho (OE, 2015). Está patente a competência E1.1 -“Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” (Regulamento 422/18, p.19193) e consequentemente a E1.2 “Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (Regulamento 422/18, p. 19193).

Estas competências foram trabalhadas igualmente na UCIN, SUP e CAA, através da prestação de cuidados altamente diferenciados e complexos a RN, crianças e jovens mais instáveis e/ou vulneráveis. Na UCIN colaborei nos cuidados de higiene do RN, no seu posicionamento e cuidados de conforto. Realizei monitorização de sinais vitais, observei as competências precoces na alimentação oral, a prestação de cuidados complexos realizados pela enfermeira de referência e tive a oportunidade de colaborar nos mesmos, contribuindo estas atividades também para o desenvolvimento das competências E2.4 “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” (Regulamento 422/18, p. 19193) e E2.5 “Promove a adaptação da

criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” (Regulamento 422/18, p. 19193).

Valorizei a avaliação e controlo da dor no RN, uma vez que as vias nervosas ascendentes que permitem a perceção de dor estão presentes às 20 semanas de gestação e estão totalmente desenvolvidas às 28 semanas (DGS, 2010). Contudo, as vias nervosas descendentes ainda estão imaturas, o que resulta numa hipersensibilidade do RN prematuro à dor (DGS, 2010). Avaliei a dor através da aplicação da escala N-PASS, congruente com as Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças (DGS, 2010), dado ser adequada às características do RN e utilizada de forma sistemática, o que permite a uniformização da avaliação da dor, da linguagem utilizada pela equipa e uma homogeneização da intervenção para o seu controlo, resultando num controlo da dor eficaz (Melo, Lélis, Moura, Cardoso & Silva, 2014). Utilizei estratégias farmacológicas para alívio da dor e, como estratégias não farmacológicas, a sucção não nutritiva e a contenção (OE, 2013). Administrei sacarose a 24% (em RN com alimentação por via oral), como preconizado no guia orientador de boa prática para as estratégias não farmacológicas do controlo da dor na criança (OE, 2013). O desenvolvimento de conhecimentos em estratégias não farmacológicas para o alívio da dor e a sua aplicação permitiu desenvolver a competência E2.2. A compreensão da efetividade destas intervenções permitiram também desenvolver as competências supramencionadas E1.2, E2.4 e E2.5 (Regulamento 422/18).

Estas foram igualmente desenvolvidas na UCSP, ao aplicar estratégias farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor do RN e da criança na administração de vacinas ou rastreio de doenças metabólicas, recorrendo ao método de canguru, promovendo a amamentação durante a administração de vacinas, e a sucção não nutritiva com chucha ou administrando sacarose 24% oral.

No SUP observei e colaborei na realização da triagem de crianças e de jovens. Foi significativa a observação da intervenção diferenciada da enfermeira orientadora, perita no diagnóstico precoce e na intervenção em situações de risco e, através do algoritmo da triagem de *Manchester* e da colocação de perguntas simples e com intencionalidade, realiza uma avaliação precisa, identificando as suas necessidades de cuidados e encaminhando para

a observação por médico pediatra, prestando cuidados imediatos à criança ou jovem e, se oportuno, transmitir orientações simples para a intervenção dos pais na criança ou jovem com febre, vômitos ou diarreia, por exemplo.

No CAA, a intervenção do enfermeiro é direcionada para a promoção de comportamentos saudáveis e para a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde (OE, 2010; Regulamento nº 422/18). Assim, a intervenção não se limita ao fornecimento de informação, mas também à motivação do adolescente e à avaliação do seu desejo de mudança de comportamentos (OE, 2010). Participei nas consultas de enfermagem, recorrendo à entrevista do adolescente, que tem a oportunidade de discutir e encontrar possíveis soluções para os seus problemas com o apoio do enfermeiro e da equipa multidisciplinar, sendo ele o ator principal e, através da parceria de cuidados, é criada uma relação terapêutica, de respeito pela opinião e sentimentos do adolescente, que permite reconhecer as suas competências e potencialidades, promovendo a sua autodeterminação nas escolhas de saúde e um desenvolvimento saudável (OE, 2010, 2011; Regulamento nº 422/2018). Foi utilizado como instrumento de trabalho a entrevista HEEADSSS, correspondendo ao preconizado no PNSIJ para o atendimento a jovens, em particular na abordagem a aspetos psicossociais (DGS, 2013). Como complemento da observação e participação nas consultas, realizei uma entrevista semiestruturada à enfermeira perita com o objetivo de identificar a forma de divulgação do centro de atendimento aos adolescentes, a constituição da equipa do centro, os principais motivos de procura pelos adolescentes, as áreas de intervenção, a área de atuação do enfermeiro e os projetos implementados. Foram aqui desenvolvidas não só as competências E1.2 e E2.4 supramencionadas, como ainda a E3.4 “Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde” (Regulamento 422/18, p. 19194).

Para adequar o atendimento ao adolescente, considerei pertinente a identificação dos seus motivos de procura do SUP. Para tal, foi realizada a consulta de processos clínicos e observação no posto de triagem durante o período de frequência em estágio para um levantamento sumário de dados. Foi elaborado um documento intitulado “Caracterização dos motivos de procura do Serviço de Urgência Pediátrica pelos Adolescentes” (Apêndice III). Uma vez

que a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem a este grupo etário depende do conhecimento das suas necessidades de cuidados de saúde, esta atividade permitiu a apropriação de conhecimentos diferenciados e assegurar cuidados de enfermagem de qualidade, através do desenvolvimento das competências de EEESIP acima referidas (Regulamento 422/18).

Constatei durante a frequência em estágio na UCIN que existem pais adolescentes, entre os 14 e os 16 anos de idade, com os seus filhos internados na UCIN. Identifiquei a necessidade de realizar um folheto destinado ao acolhimento de pais adolescentes na UCIN, com informações simples acerca das características da unidade e dos seus direitos enquanto pais menores de idade (Apêndice IV). Esta atividade de estágio teve como objetivo incentivar o seu acompanhamento ao RN, que irá facilitar a vinculação e a promoção da parentalidade, bem como satisfazer a sua necessidade de informação, característica da adolescência, que ajuda a reduzir o *stress* que vivenciam (Lei nº 15/14; Regulamento 422/18).

Através da observação da organização da UCIN, da leitura de protocolos relativos a atuação em situações específicas, normas e procedimentos e da observação e acompanhamento do enfermeiro orientador na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao RN e aos pais foi possível constatar a necessidade de um reforço da equipa de enfermagem para uma dotação segura de cuidados, que motivou a realização de uma reflexão (Apêndice II). Esta contribuiu para o desenvolvimento da competência comum de EE C2 “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados” (Regulamento 140/19, p. 4748), uma vez que desenvolvi a capacidade de avaliar riscos associados aos recursos que irão interferir na prestação de cuidados, bem como a constatação da necessidade de negociar a adequação de recursos para a prestação de cuidados seguros e de qualidade (Regulamento 140/19).

Durante a consulta de saúde infantil identifiquei a necessidade de realizar um *poster* e respetivo folheto informativo sobre a prevenção de acidentes em crianças de 1 a 3 anos de idade (Apêndice V). Estes foram desenvolvidos com a supervisão da enfermeira orientadora, e posteriormente colocado na sala de espera. A realização desta atividade de estágio teve como objetivo a estimulação do “exercício adequado das responsabilidades parentais” (DGS,

2013, p. 10), através da adoção de medidas de segurança, que se traduzem em comportamentos potenciadores de saúde, particularmente na promoção da segurança infantil (DGS, 2013). De acordo com o PNSIJ (DGS, 2013), a transmissão de cuidados antecipatórios também pode ser efetuada recorrendo à divulgação de informação pertinente na sala de espera, com pósteres e folhetos informativos. Foi uma atividade especialmente gratificante, que refletiu a utilização de “estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde” (Regulamento 422/18, p. 19193), a procura sistemática de “oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde” (Regulamento 422/18, p. 19193), a apropriação de “conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento” (Regulamento 422/18, p. 19194) e a transmissão de “orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil” (Regulamento 422/18, p. 19194).

Neste sentido foi igualmente identificada a necessidade de construir uma tabela referente à alimentação vegetariana no primeiro ano de vida, que constitui uma ferramenta de consulta para equipa de enfermagem de saúde infantil da UCSP (Apêndice VI). Este foi um pequeno contributo para o desenvolvimento das aprendizagens profissionais da equipa, que reflete a competência de EE D2 “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento 140/19, p. 4749), na medida em que foi diagnosticada uma necessidade formativa e foi favorecida a aprendizagem.

Esta tabela foi adaptada para o formato de um folheto informativo, que será posteriormente fornecido a pais vegetarianos que se encontrem a iniciar a diversificação alimentar do seu filho. Na consulta de saúde infantil, em situação de educação para a saúde a pais vegetarianos, será realizada a leitura e interpretação da tabela, transmitidas orientações antecipatórias aos pais acerca dos alimentos a fornecer e como os preparar, e será por fim entregue o folheto e reforçada a informação fornecida.

2.3.2 Desenvolvimento de competências de EEESIP na promoção da gestão de *stress* no adolescente em internamento hospitalar

Durante os estágios prestei cuidados de enfermagem especializados, com enfoque nas intervenções de enfermagem facilitadoras da gestão do *stress* e que favoreçam o desenvolvimento de estratégias de *coping* no adolescente internado. Com o intuito de promover a reflexão e o desenvolvimento de competências de EEESIP, especificamente sobre a temática do *stress* no adolescente em internamento hospitalar, foram planeadas e realizadas atividades essencialmente nos contextos do SUP e UIA.

O objetivo específico 2.1: **Identificar os fatores de *stress* dos adolescentes em situação de internamento hospitalar**, foi alcançado através da realização de atividades nos contextos do SUP e UIA. Tendo em consideração as características específicas da UIA e a duração do estágio neste contexto, as atividades aí realizadas foram mais diversificadas e complementares, como se pode constatar no apêndice VII.

Para identificar os fatores de *stress* dos adolescentes em situação de internamento hospitalar, recorri à observação do contexto e interação entre o enfermeiro, o adolescente e a sua família no contexto do SUP e da UIA. Para tal foi construído, tendo por base a literatura na área, um instrumento de observação e registo: uma *checklist* sobre os fatores de *stress* do adolescente internado (Apêndice VIII). Foram registadas dez observações no SUP durante a triagem e na UICD, e vinte observações na UIA. Foi útil observar o contexto e a interação entre o enfermeiro, o adolescente e a família recorrendo à *checklist* construída. Esta teve como propósito registar aspetos relevantes da observação efetuada, não com a intenção de classificar práticas ou extrair conclusões, mas para promover uma observação mais atenta, focada e sistematizada, bem como permitir uma reflexão mais estruturada.

No contexto da UIA para além da utilização da referida *checklist* foi também dinamizada uma atividade em grupo na sala de atividades através de uma “mesa redonda” com os adolescentes sobre o tema: O *stress* durante o internamento no hospital, com um debate sobre a perceção que os adolescentes têm dos fatores de *stress* a que estão expostos durante o

internamento hospitalar, e sobre as estratégias que utilizam para o gerir (Apêndice IX). Foram explicados os objetivos e a estrutura da sessão, questionado o seu interesse, vontade e disponibilidade para participar, e foi garantida a confidencialidade e o anonimato. A garantia destes pressupostos revela o desenvolvimento da competência de EE A2 “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento 140/19, p. 4746). A atividade de grupo foi realizada com 4 adolescentes rapazes e raparigas, de idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos de idade e teve uma duração de cerca de 90 minutos.

Foi também construído um questionário com questões abertas e aplicado a uma amostra de 10 enfermeiros da UIA com o objetivo de conhecer as suas perspetivas sobre os fatores de *stress* e as estratégias de intervenção promotoras da gestão de *stress* no adolescente. A confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes foram garantidos, sendo o preenchimento do consentimento informado prévio à aplicação do questionário. Os dados obtidos foram submetidos a análise de conteúdo (Apêndice X).

Do conjunto dos resultados emergiram duas categorias: fatores de *stress* do adolescente e estratégias promotoras da gestão do *stress* no adolescente. Na primeira identificaram-se quatro subcategorias, nomeadamente: fatores de ordem ambiental, fatores relacionados com atitudes dos profissionais, relacionados com os próprios adolescentes, e com as necessidades relacionais/sociais. De acordo com o Modelo de sistemas de Betty Neuman estes *stressores* são, respetivamente, de carácter extrapessoal, intrapessoal e interpessoal (Lowry & Aylward, 2015). A segunda categoria será abordada posteriormente.

Os dados provenientes do questionário demonstraram a capacidade e sensibilidade da equipa de enfermagem na identificação dos fatores de *stress* do adolescente em situação de internamento hospitalar, em todas as subcategorias (Apêndice X).

Foram identificados como fatores de *stress* ambientais: a existência de normas e procedimentos do internamento, as rotinas e horários rígidos, o ambiente desconhecido e diferente do habitual, o quarto partilhado com outros adolescentes, a luminosidade e o ruído excessivos, a falta de atividades para ocupar o tempo e o impedimento do adolescente sair do serviço.

Na perspectiva dos adolescentes, na discussão em mesa redonda, anteriormente referida, acrescentaram como fatores de *stress* ambientais a necessidade de reestruturação das casas de banho, que interferem com a sua necessidade de privacidade (Apêndice IX).

O *stressor* espaço físico pouco adequado ao grupo etário e necessidades dos adolescentes não foi significativo na UIA. Contudo, tendo em consideração que esta foi concebida para dar resposta às necessidades de crianças e jovens dos 8 aos 18 anos, existem aspetos estruturais conceptualizados para atenuar a exposição a *stressores* ambientais, que poderão ser mais evidentes em outras unidades de internamento de pediatria, menos adaptadas a este grupo etário.

Nos questionários aplicados aos enfermeiros, na subcategoria fatores de *stress* relacionados com as atitudes dos profissionais, foram identificados: as atitudes autoritárias/imposição de regras, a falta de comunicação, empatia ou paciência por parte dos enfermeiros, a ausência de negociação e a utilização de linguagem e termos técnicos pelos profissionais, bem como a falta de tempo (Apêndice X).

Na subcategoria fatores de *stress* relativos aos próprios adolescentes destacaram-se a falta de privacidade e a perda de controlo, seguidos da preocupação com a situação de saúde/doença, das experiências anteriores de internamento hospitalar e a alteração dos hábitos alimentares.

A observação com o recurso à *checklist* e a discussão em mesa redonda com os adolescentes permitiram complementar os dados provenientes do questionário, uma vez que foram observados fatores de *stress* relativos a questões pessoais dos próprios adolescentes, e que os adolescentes também referiram como sendo significativos, como a necessidade de informação, a maior dependência em relação aos pais e a presença de dor ou desconforto (Apêndice XI).

Durante o internamento hospitalar, os adolescentes estão expostos a situações adversas que podem ser dolorosas e invasivas (Clift, et al., 2007; Carvalho, et al., 2016; Figueiredo et al., 2015).

A alteração da qualidade de sono e horas a dormir e a alteração da imagem corporal também foram observadas como fator de *stress* pessoal através da *checklist*, sendo a última referida e valorizada na discussão com os

adolescentes na mesa redonda (Apêndice XI). O desenvolvimento corporal do adolescente pode ser gerador de *stress*, na medida em que as alterações ao nível do corpo podem interferir na imagem corporal, causando insatisfação e *stress* na construção da sua identidade (Seiffge-Krenke et al., 2009).

Nos questionários, na subcategoria fatores de *stress* relativos às necessidades sociais e relacionais, foram identificados: a necessidade de conviver com os amigos, familiares e irmãos, e ainda o facto de não poder ir à escola, o afastamento da sua casa e objetos pessoais e a interrupção das atividades lúdicas. A equipa de enfermagem está desperta para estas questões, revelando sensibilidade e capacidade para identificar estes fatores de *stress*.

Em relação à utilização da *checklist* de registo da observação dos fatores de *stress* no adolescente no contexto do SUP, há a destacar como fatores de *stress* ambiental mais significativos a presença de luminosidade e ruído excessivos, que interferem na qualidade do atendimento ao adolescente, na medida em que dificulta a comunicação, afetando a qualidade dos cuidados prestados.

Neste contexto, o ambiente estranho, austero e pouco acolhedor foi um fator de *stress* presente na maioria das situações de observação. O ambiente de cuidados é fulcral para uma experiência de hospitalização positiva, pois o simples facto do adolescente se encontrar num ambiente desconhecido é, por si só, fonte de *stress* e ansiedade (Norton-Westwood et al., 2011).

No SUP, identifiquei através da utilização da *checklist* os fatores de *stress* mais frequentes relacionados com os próprios adolescentes, que correspondem à falta de privacidade, dor ou desconforto, preocupação com a situação de saúde/doença e necessidade de informação. Aqui, o tempo de espera prolongado para ser observado por um médico ou para saber o seu diagnóstico aumenta o seu medo e apreensão (Clift et al., 2007). Está patente a necessidade de informação do adolescente, fundamental para atenuar a intensidade do *stress* que experiencia dada a influência da avaliação primária para lidar com o *stress* (Abreu & Azevedo, 2012).

No SUP não foram evidentes fatores de *stress* relativos a questões relacionais/sociais, dado este ser um momento onde prevalecem *stressores*

relativos ao próprio adolescente como a necessidade de informação, a preocupação com o seu estado de saúde e a dor ou desconforto presente.

A observação e identificação dos *stressores* nos contextos do SUP e da UIA e a reflexão sobre as suas causas, permitiram constatar que as características de cada unidade de saúde influenciam o tipo de fatores de *stress* que os adolescentes e suas famílias podem experienciar. Como referido anteriormente, no SUP, ao contrário da UIA, as questões relacionais/sociais não são relevantes.

Ao refletir sobre estas questões, torna-se evidente que cada contexto possui particularidades únicas e adolescentes com condições de saúde distintas e expostos a *stressores* diferentes. Logo, é necessária uma adaptação das intervenções de enfermagem a implementar em cada contexto, sendo importante a existência de uma equipa de enfermagem sensível e motivada para a identificação de fatores de *stress* no adolescente.

Estas atividades viabilizaram o desenvolvimento da competência comum de EE B3 “Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro” (Regulamento nº 140/19, p. 4747), na medida em que estas atividades impelem para a implementação de medidas que promovam “um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos indivíduos/grupo” (Regulamento nº 140/19, p.4747).

Ao debruçar-me sobre estas questões avaliei “conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde” (Regulamento nº422/18, p. 19193) e melhorei a capacidade de identificar “evidências fisiológicas e emocionais de mal -estar psíquico” (Regulamento nº422/18, p. 19193), bem como “situações de risco para a criança e jovem” (Regulamento nº422/18, p. 19193). Assim, posso afirmar que a competência específica de EEESIP E1.2 “Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (Regulamento nº 422/18, p. 19193) foi desenvolvida.

Através destas atividades foram identificadas oportunidades de melhoria na equipa de enfermagem da UIA, revelando-se oportuna a sensibilização da mesma para o tema. Assim, para além das competências supramencionadas, estas atividades contribuíram para o desenvolvimento da competência comum de EE B2, na unidade de competência B2.2 “Planeia programas de melhoria

contínua” (Regulamento 140/19, p. 4747), uma vez que se identificaram oportunidades e planearam estratégias de melhoria, através da divulgação dos resultados dos questionários e envolvimento da equipa de enfermagem no projeto de estágio que, em seguida, será abordado de forma mais pormenorizada.

O objetivo específico 2.2: **Desenvolver intervenções de enfermagem promotoras da gestão do *stress* pelo adolescente** foi alcançado através da realização de atividades no contexto do SUP e da UIA.

Tal como no objetivo específico anterior, realizei a observação do contexto e da interação entre o enfermeiro, o adolescente e a sua família, recorrendo a uma *checklist* sobre as intervenções utilizadas pelos enfermeiros para promover a gestão do *stress* no adolescente internado em ambos os contextos, tendo sido realizadas e registadas vinte observações na UIA e dez observações no SUP durante a triagem e na UICD (Apêndice XII). Este instrumento de observação, construído a partir da literatura na área, permitiu registar aspetos relevantes da observação efetuada, promover uma observação mais atenta, focada e sistematizada, bem como uma reflexão mais estruturada.

Como já referido anteriormente, na UIA foi dinamizada uma atividade em grupo com os adolescentes na sala de atividades através de uma “mesa redonda” sobre o tema: O *stress* durante o internamento no hospital, e aplicado um questionário com questões abertas a uma amostra de 10 enfermeiros com o objetivo de conhecer as suas perspetivas sobre os fatores de *stress*, bem como as estratégias de intervenção promotoras da gestão de *stress* no adolescente.

Emergiram duas categorias: fatores de *stress* do adolescente e estratégias promotoras da gestão do *stress* no adolescente. Focamo-nos agora na segunda, tendo-se identificado quatro subcategorias de estratégias, correspondentes aos fatores de *stress*: de ordem ambiental, relacionados com atitudes dos profissionais, com os próprios adolescentes, e com as necessidades relacionais/sociais (Apêndice X).

Os dados provenientes dos questionários revelaram-se mais escassos nesta categoria, o que poderá sugerir uma maior dificuldade dos enfermeiros

na identificação de estratégias que implementam ou que poderiam utilizar para promover a gestão do *stress* no adolescente. Torna-se assim evidente a necessidade da divulgação e do estabelecimento de estratégias que favoreçam a gestão do *stress* no adolescente em situação de internamento. Esta constatação é congruente com as necessidades formativas nesta área, referidas por 80% dos participantes (Apêndice X). Valida-se assim a importância de apresentar os resultados dos questionários à equipa de enfermagem da UIA, complementando-os com as demais atividades supramencionadas, para simultaneamente sensibilizar e contribuir para o desenvolvimento e implementação de estratégias promotoras da gestão do *stress* no adolescente, contribuindo para a melhoria da qualidade dos cuidados.

Os resultados dos questionários revelam a identificação, pelos enfermeiros, de uma estratégia direcionada para os fatores de *stress* ambientais, sendo esta a existência de uma sala de convívio com materiais didáticos adequados e dinamização do espaço com atividades lúdicas. A distração cognitiva através de atividades lúdicas permite ao adolescente abstrair-se dos diferentes *stressores* a que está exposto, promovendo o desenvolvimento da estratégia de *coping* de distração, uma das mais utilizadas para lidar com o *stress* (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008).

A observação do contexto da UIA e interação do enfermeiro com o adolescente e sua família com recurso à *checklist* permite complementar os resultados dos questionários, sendo possível identificar a utilização de estratégias que, embora não tenham sido identificadas pelos enfermeiros, estão presentes na prática de cuidados. Foi identificada a utilização de sete estratégias: garantir existência de espaços de lazer e socialização, e espaços individuais/privados; garantir acesso a televisão, telefone e internet; adequar o nível de luminosidade; privilegiar a luminosidade natural; reduzir o ruído, tipos e níveis de som; adaptar o quarto (centrado no adolescente e não no equipamento); e incentivar a utilização de espaços de convívio (Apêndice XIII).

Durante a análise e discussão dos resultados dos questionários, há que ter em consideração que a UIA possui à partida aspetos estruturais conceptualizados para atenuar a exposição a *stressores* ambientais, que poderão ter interferido na quantidade de respostas relativas a esta subcategoria.

Os dados dos questionários revelam como estratégias relativas às atitudes dos profissionais, mais significativas, a transmissão de uma postura de disponibilidade, flexibilidade e acessibilidade, seguida da capacidade de identificar a percepção do adolescente sobre a situação, necessidades, medos e fatores de *stress*. Os adolescentes, na discussão em mesa redonda, valorizaram a relação com os profissionais, bem como as suas competências e qualidades relacionais (Figueiredo et al., 2015).

A utilização de estratégias comunicacionais específicas, adequadas ao estágio de desenvolvimento, são estratégias descritas pela amostra. Estas estratégias, adequadas à cultura e experiências do adolescente e sua família permitem a transmissão de informação clara e adequada ao estágio de desenvolvimento do adolescente, essencial para dar resposta à sua necessidade de informação e desenvolvimento da estratégia de *coping* de procura de informação e, conseqüentemente, de resolução de problemas (OE, 2011; Regulamento nº 422/18).

A atribuição de um enfermeiro de referência ao adolescente constitui outra estratégia promotora da gestão do *stress* no adolescente, na perspectiva dos enfermeiros. O método de trabalho por enfermeiro de referência está preconizado pela OE, sendo considerado essencial na prestação de cuidados de grande nível de complexidade e na satisfação do adolescente (OE, 2011).

Através da utilização da *checklist* na UIA foram identificadas mais sete estratégias, nomeadamente: identificar *stressores* do adolescente; possuir conhecimento acerca das necessidades específicas e das estratégias de *coping* do adolescente; salvaguardar a privacidade do adolescente e família; avaliar a necessidade de informação do adolescente e/ou família; utilizar um vocabulário e proximidade adequada à cultura e experiências do adolescente e sua família; transmitir informação clara e adequada ao estágio de desenvolvimento do adolescente; e o respeito pela maturidade e compreensão dos adolescentes, solicitando o seu consentimento informado (Apêndice XIII).

Nos dados provenientes do questionário, na subcategoria estratégias direcionadas para fatores de *stress* relacionados com o próprio adolescente, salienta-se a promoção de momentos de interação e despendimento de tempo para estar e conversar com o adolescente. Esta permite estabelecer uma relação de confiança e honestidade, possibilitando a identificação de *stressores* e das

estratégias de *coping* mais adequadas para gerir a situação, promovendo o desenvolvimento da sua capacidade de autorregulação e das estratégias de *coping* de resolução de problemas, procura de informação e autoconfiança (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008).

Garantir a privacidade do adolescente foi outra das estratégias com maior destaque, possivelmente pelo facto dos enfermeiros estarem despidos para o *stressor* pessoal “falta de privacidade”, identificado por 70% da amostra, o que motiva a implementação de estratégias para o atenuar.

Reconhecer, compreender e discutir os medos dos adolescentes durante o internamento, e a explicação de normas e procedimentos também foram identificadas pelos enfermeiros da UIA. Estas permitem atenuar a ansiedade do adolescente, pois facilita a resposta à necessidade de informação, característica da adolescência, e atenua a intensidade de *stress* experienciada (Abreu & Azevedo, 2012).

Através da utilização da *checklist* foram identificadas mais dez estratégias utilizadas pelos enfermeiros da UIA, entre as quais a partilha de informação clara e adequada ao estágio de desenvolvimento do adolescente, a explicação de normas e procedimentos do internamento e explicação de procedimentos técnicos (Apêndice XIII). Estas promovem o desenvolvimento de estratégias de *coping* de resolução de problemas e procura de informação, associadas a uma vivência mais saudável com o *stress*, e a maior competência e um funcionamento mais positivo perante uma situação futura (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008; Antoniazzi et al., 2009).

Foram também observadas as estratégias: respeitar as decisões dos adolescentes relativamente ao seu nível de participação nos cuidados e incentivar a participação nos cuidados, nomeadamente no processo de tomada de decisão. Estas promovem as estratégias de *coping* de resolução de problemas e autoconfiança, negociando-se a participação ativa do adolescente e a assunção do seu papel em saúde (Regulamento nº422/18, p. 19193).

Promover o estabelecimento de objetivos e promover o planeamento da ação foi igualmente observado através da *checklist* enquanto estratégia promotora da gestão do *stress* no adolescente, na medida em que permite o desenvolvimento da estratégia de *coping* de negociação, importante para dar resposta à necessidade básica de autonomia, promovendo-se um processo

adaptativo para coordenar as preferências com as opções disponíveis (Skinner et al., 2003, Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008; Ramos et al., 2015).

Foi ainda observada a promoção da distração cognitiva com pensamentos positivos e leitura, respeitar a necessidade de envolvimento e apoio dos pais, e a utilização de estratégias farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor.

Na subcategoria estratégias direcionadas para as necessidades relacionais/sociais, os resultados dos questionários revelaram a identificação de uma única estratégia: envolver os pais ou cuidadores nos cuidados. O internamento hospitalar é uma situação de *stress* significativa, pelo que a estratégia de *coping* de procura de apoio deve ser promovida. Respeita-se a necessidade de envolvimento dos pais, pois constituem a principal fonte de apoio e segurança do adolescente, promovendo a sua intervenção junto deste, resultando na redução da sua ansiedade e aumento de confiança. Enquanto EEESIP há que reconhecer e valorizar as capacidades e competências dos pais como uma mais-valia e um fator protetor para o adolescente (OE, 2011).

Através da observação com recurso à *checklist*, identificou-se a utilização de mais quatro estratégias pelos enfermeiros da UIA para atenuar fatores de *stress* relacionais/sociais: encorajar a permanência dos pais durante o internamento; reduzir a ansiedade dos pais; permitir/promover acesso a espaços abertos/convívio e espaços privados para os adolescentes interagirem entre si e com as famílias; e incentivar a presença de objetos pessoais. Estas permitem o desenvolvimento da estratégia de *coping* de procura de apoio e distração.

Após a análise e reflexão acerca dos resultados obtidos nos questionários, e tendo sido reconhecida pela equipa de enfermagem a necessidade de formação nesta área, foi realizada uma sessão de formação em contexto de trabalho à equipa de enfermagem da UIA (Apêndice XIV). Desta forma são reforçadas pela positiva as estratégias identificadas, demonstra-se a importância da implementação com intencionalidade das estratégias promotoras da gestão do *stress* que, embora algumas estejam a ser realizadas, não foram identificadas pela equipa, e sensibiliza-se para a necessidade de implementar novas estratégias. Esta atividade correspondeu ao culminar deste percurso, que reflete o desenvolvimento das competências

comuns de EE A1 “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” (Regulamento 140/19, p. 4746), A2 “Garante práticas de cuidados que respeitem os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento 140/19, p. 4746), B2 “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” (Regulamento 140/19, p. 4747), B3.1 “Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e proteção dos indivíduos/grupo” (Regulamento 140/19, p. 4747) e D2 “Suporta a prática clínica em evidência científica” (Regulamento 140/19, p. 4749) e as competências específicas de EEESIP.

No contexto do SUP, através da utilização da *checklist* enquanto instrumento de registo de observação, não foram observadas intervenções de enfermagem no âmbito da prevenção primária, nomeadamente na redução de fatores de risco e exposição a *stressores* ambientais, provavelmente devido a constrangimentos relacionados com a estrutura física e funcionamento do SUP.

Contudo, foram observadas intervenções com vista à prevenção secundária, mobilizando-se recursos internos e externos do adolescente e promovendo-se o desenvolvimento e aquisição de estratégias de *coping* de procura de apoio, procura de informação, autoconfiança, acomodação e negociação – estratégias associadas a um resultado adaptativo positivo (Skinner et al., 2003; Folkman, 2011; Ramos et al., 2015).

As estratégias identificadas para atenuar fatores de *stress* relacionados com atitudes dos profissionais foram semelhantes às observadas na UIA.

As estratégias identificadas para atenuar fatores de *stress* relacionais/sociais foram as direcionadas aos pais, como reduzir a ansiedade dos pais e envolver os pais nos cuidados. Os profissionais de saúde devem apoiar os pais na sua contribuição para a resiliência do adolescente, ajudando-os a estabelecer objetivos realistas para o seu filho e a proporcionar oportunidades para que estes os possam atingir (Ryan-Wenger et al., 2012).

Dada a impossibilidade de realizar uma sessão de formação à equipa do SUP sobre o tema, decidi promover a sensibilização para a temática através da realização de intervenções de enfermagem facilitadoras da gestão do *stress* no adolescente, em particular dirigidas para fatores de *stress* ambientais como a

redução do ruído e adequação do nível de luminosidade, e para fatores de *stress* pessoais na garantia da privacidade do adolescente e sua família. Uma vez que estas intervenções não foram observadas aquando da utilização da *checklist*, recorri à sua implementação sempre que oportuno e posteriormente debati com os elementos da equipa a importância e pertinência da sua realização. Ao analisar os resultados, identificar oportunidades de melhoria e seleccionar estratégias simples para promover a gestão do *stress* no adolescente neste contexto, desenvolvi a competência de EE B2 e a competência de EEESIP E1.2 e E2.5 (Regulamento 422/18, p. 19193).

3. QUESTÕES ÉTICAS

Neste capítulo realça-se a preocupação presente ao longo de todo o percurso formativo no que respeita aos valores e princípios éticos intrínsecos e inseparáveis do exercício da profissão de enfermagem. A salientar o cuidado em assegurar o respeito pelos Direitos da Criança, ratificados na Convenção sobre os Direitos da Criança e divulgados na Carta da Criança Hospitalizada, pelos Direitos Humanos Fundamentais e pelos princípios gerais da Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência de não discriminação, igualdade, respeito, acessibilidade e inclusão (INR, 2010).

Na realização das atividades planeadas respeitei os princípios éticos fundamentais de autodeterminação, autonomia, beneficência, não-maleficência, justiça e vulnerabilidade, que implica a sua defesa.

Agi de acordo com o Código Deontológico do Enfermeiro, incluído nos Estatutos da OE republicado em Diário da República como anexo pela Lei n.º 156/15 de 16 de Setembro, e o Regulamento do Exercício Profissional do Enfermeiro, Decreto-Lei n.º 161/96 de 4 de Setembro. Assim, em todos os contextos, realizei todas as atividades e intervenções após apresentar-me aos profissionais, pais e crianças ou jovens, e requeri o consentimento informado, esclarecido e livre, expresso de forma verbal oral ou por escrito, de acordo com a norma 015/2013 da DGS (DGS, 2015). Ao dirigir-me a crianças e jovens, menores de idade, tive em consideração a necessidade de adequar a informação transmitida tendo em consideração o seu nível de desenvolvimento e maturidade, assegurando-me que esta foi realmente compreendida (DGS, 2015; Regulamento n.º 422/18). Respeitei o direito ao dissentimento, garantindo o princípio ético do respeito pela autonomia (DGS, 2015).

Na aplicação dos questionários, foi fornecido e preenchido o consentimento informado por todos os participantes, tendo sido explicados os objetivos e a natureza do estudo e garantida a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes, sendo o preenchimento do consentimento informado prévio à aplicação do questionário. Estes princípios foram igualmente respeitados durante a utilização das duas *checklists* elaboradas e da realização da mesa redonda com os adolescentes.

4. CONTRIBUTOS PARA A PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Este capítulo explana os contributos do percurso formativo para a prática de enfermagem a nível pessoal, da equipa de enfermagem onde me insiro e respetiva instituição, bem como para a promoção da gestão do *stress* pelo adolescente em situação de internamento hospitalar.

O percurso formativo, do planeamento à sua implementação e análise, permitiu o desenvolvimento de competências comuns de EE e específicas de EEESIP e atingir o nível de proficiente nas competências inerentes ao desenvolvimento do estudo da temática abordada e cuidado ao adolescente e sua família em situação de internamento hospitalar. Este percurso facultou um olhar de forma crítica para o meu percurso profissional, refletindo sobre a aquisição e desenvolvimento de competências, consciencializando-me da evolução realizada, adquirindo uma visão mais abrangente e ponderada acerca dos desafios e responsabilidades do EEESIP nos diversos contextos de cuidados em pediatria, integrando de forma sistemática o conhecimento científico decorrente da investigação, normas e políticas, a par da filosofia de cuidados centrados na família e modelos teóricos de enfermagem que fundamentam e norteiam o cuidar. Neste caminho, rumo ao título de Especialista em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica, denoto que estou a conseguir realizar a minha evolução de iniciada a perita, como no Modelo de Dreyfus aplicado à enfermagem (Benner, 2001).

A identificação da necessidade de realizar um guia de acolhimento para pais adolescentes na UCIN, um *poster* sobre a prevenção de acidentes em crianças de 1 a 3 anos na UCSP e um guia de acolhimento para adolescentes na UIA, contribuiu para a melhoria dos cuidados nos respetivos contextos, através da transmissão de informação sistematizada e simples a pais, jovens e suas famílias.

O percurso formativo contribuiu particularmente para a prática de cuidados da equipa de enfermagem onde me insiro, dada a partilha de informação e participação ativa dos pares nas atividades planeadas no contexto de estágio. A aplicação do questionário aos enfermeiros da UIA, os momentos de debate e sensibilização para a temática e para a importância da

incorporação de novos diagnósticos da CIPE nos planos de cuidados dos adolescentes contribuiu para o desenvolvimento de saberes dos pares no que concerne às necessidades dos adolescentes e fatores de *stress* normativos deste grupo etário, bem como a consciencialização para os fatores de *stress* presentes no internamento hospitalar, em particular na UIA.

Ao realizar a apresentação dos principais resultados obtidos nos questionários à equipa de enfermagem, enfermeira-chefe e chefe clínica da UIA, e de complementar a informação proveniente dos dados com a análise das *checklists* de observação e as ideias-chave emergentes da mesa redonda realizada com os adolescentes, foi possível transmitir uma visão mais abrangente da prática de cuidados realizada, sobre os aspetos que refletem as boas práticas e quais a melhorar e desenvolver, sob diferentes perspetivas. Tem sido promovida a reflexão e o debate em equipa, sendo notórios, à partida, pequenos resultados positivos, como uma maior flexibilidade face a normas do internamento e de ponderação de quarto partilhado *versus* quarto individual, bem como de negociação dos cuidados com o adolescente, essencial na parceria de cuidados.

Com o intuito de promover o debate, a reflexão e contribuir para o desenvolvimento de estratégias promotoras da gestão de *stress* no adolescente em situação de internamento hospitalar, proponho-me elaborar um artigo científico, tendo por base o questionário aplicado aos enfermeiros, e submetê-lo a publicação por forma a contribuir para a divulgação e desenvolvimento do conhecimento na disciplina de enfermagem, através da investigação, de forma particular dirigida aos profissionais que exerçam funções em pediatria.

5. CONSIDERAÇÕES FINAIS

Neste capítulo final, explano as principais competências desenvolvidas ao longo do percurso formativo, as principais conclusões deste percurso, os ganhos em saúde para o adolescente e as perspectivas futuras após o término desta etapa formativa.

O EEESIP assegura cuidados de enfermagem seguros, competentes e de nível avançado à criança, jovem e sua família (OE, 2011). Nesse sentido, as atividades realizadas nos diferentes contextos selecionados permitiram um leque variado de experiências e aprendizagens, com vista ao desenvolvimento de competências específicas para uma resposta adequada às suas necessidades específicas do ciclo de vida e de desenvolvimento, no âmbito de situações de especial complexidade, ou na maximização da saúde (Regulamento 422/18).

Os cuidados antecipatórios, nomeadamente a transmissão de orientações aos pais ou cuidadores principais, foram efetuados nos contextos da UCIN e UCSP, e considerados fulcrais na promoção da saúde das crianças e jovens. Foram fornecidos conhecimentos e informações no sentido da promoção do exercício da parentalidade e da adequação dos cuidados à criança ou jovem, garantindo o seu bem-estar e assegurando o seu desenvolvimento e o direito “a gozar do melhor estado de saúde possível” (UNICEF, 1989, p.17; DGS, 2013; Regulamento 422/2018).

De acordo com o PNSIJ a transmissão de cuidados antecipatórios também pode ser efetuada recorrendo à divulgação de informação pertinente na sala de espera, com pósteres e folhetos informativos (DGS, 2013). Foram identificadas oportunidades de desenvolvimento e melhoria de qualidade das equipas de saúde, das quais resultaram a construção de guias de acolhimento, pósteres e folhetos informativos.

A promoção de comportamentos saudáveis e a autodeterminação do adolescente nas escolhas relativas à saúde foi promovida na UCSP, CAA e UIA, onde para além do fornecimento de informação, motivei o adolescente e avaliar o seu desejo de mudança de comportamentos (OE, 2010; Regulamento nº 422/18). Reconheço a importância de uma ação preventiva através do ensino e da dotação de mecanismos de autorregulação dos jovens em todos os

contextos de saúde. Aqui, o EEESIP assume uma posição fulcral, com a promoção da autodeterminação dos adolescentes nas escolhas relativas à saúde através da intervenção em programas de saúde escolar, da avaliação dos conhecimentos e comportamentos dos adolescentes e famílias relativos à saúde (Regulamento nº 422/18).

As atividades realizadas no SUP e UIA permitiram compreender os fatores de *stress* que os adolescentes enfrentam em situação de internamento hospitalar, como desenvolvem estratégias de *coping* face aos problemas, que fatores individuais e ambientais influenciam o processo e que sentido atribuem aos acontecimentos stressantes. A intervenção, enquanto futura EEESIP, concentrou-se na interação entre adolescente, família e ambiente, “considerando os fatores protetores e *stressores* associados às suas vivências” (OE, 2011, p. 4). Aliado à pesquisa de literatura científica de referência sobre a temática e a observação, foi possível identificar, fundamentar e estruturar intervenções de enfermagem direcionadas diretamente para o adolescente, e indiretamente através dos pais e da modificação do ambiente, que facilitem a gestão do *stress* do adolescente e o ajudem a atingir resultados positivos desta vivência (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008; Seiffge-Krenke et al., 2009; Ryan-Wenger et al., 2012). O adolescente é percecionado como um todo, sendo também considerada a influência do ambiente onde se insere, num movimento recíproco, estando patente o Paradigma da Transformação como visão estruturante dos cuidados, convergente com o Modelo dos Sistemas de Betty Neuman.

Ao abordar esta problemática, identificar estratégias de intervenção e sensibilização da equipa de enfermagem, promove-se a melhoria contínua da qualidade e o desenvolvimento das aprendizagens profissionais a nível pessoal e da equipa de enfermagem. Estas são competências comuns de EE, desenvolvidas neste contexto, em particular a unidade de competência A1.2 “Lidera de forma efetiva os processos de tomada de decisão ética na sua área de especialidade” (Regulamento 140/19, p.4746), a competência B2 “Desenvolve práticas de qualidade, gerindo e colaborando em programas de melhoria contínua” (Regulamento 140/19, p.4747) e D2 “Baseia a sua praxis clínica especializada em evidência científica” (Regulamento 140/19, p.4749).

Os resultados obtidos podem contribuir para uma experiência de internamento hospitalar do adolescente mais positiva, com o desenvolvimento de estratégias de *coping*, melhorando a sua capacidade de autorregulação e autonomia. É promovido o desenvolvimento de competências do adolescente, reconhecendo-se simultaneamente os recursos e competências dos pais e/ou família enquanto fatores protetores e o seu contributo para o bem-estar do adolescente (OE, 2011).

Foi realizada uma sessão de formação, onde foram apresentados resultados à equipa de enfermagem da unidade onde exerço funções, que contribuiu para a sensibilização, desenvolvimento de conhecimentos e aumento da consistência das estratégias utilizadas na promoção da gestão do *stress* no adolescente. Há contudo que ter em atenção à dimensão reduzida da amostra, que requer cautela na leitura e interpretação dos resultados, assim como o facto da UIA ser um serviço concebido para dar resposta às necessidades de crianças e jovens dos 8 aos 18 anos, uma vez que existem aspetos estruturais conceptualizados para atenuar a exposição a *stressores* ambientais, que poderão ser mais evidentes em outras unidades de internamento de pediatria, menos adaptadas a este grupo etário.

Perspetiva-se no futuro o desenvolvimento e implementação de um projeto de investigação na instituição onde exerço funções, dirigido a adolescentes e eventualmente a enfermeiros no âmbito desta temática. Pretendo assim continuar a contribuir para o desenvolvimento do conhecimento em enfermagem, no cuidar do adolescente e família em situação de especial complexidade (Regulamento 422/18).

A análise de todo o percurso realizado, das aprendizagens e competências desenvolvidas, demonstra a mobilização de saberes e a aquisição de atributos essenciais para a transição de enfermeira generalista a EEESIP.

REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Abreu, M. & Azevedo, A. I. M. (2012). O adolescente hospitalizado numa unidade de adolescentes: como facilitar a transição? *Adolescência & Saúde*, 9 (3), 21-28. Recuperado de http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=327.

Aldwin, C. M. (2011). Stress and coping across the lifespan. In S. Folkman (Ed.), *The Oxford Handbook of stress, health, and coping* (p.15-34). New York, NY: Oxford University Press. Recuperado de https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=nW0SDAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA3&ots=iGb4eUkAD9&sig=G577Tr0rdXvQ7F0UDufoqGOtOpA&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false.

Alto Comissariado da Saúde (2009). *Comissão Nacional de Saúde da Criança e do Adolescente 2004-2008*. Lisboa, Portugal: Alto Comissariado da Saúde.

Andrade, M. S. (2010). *Estudo sobre o Nível de Stress em Crianças Hospitalizadas e sua Interferência na Aprendizagem da Escrita*. II Congresso Internacional de Investigación y Práctica Profesional en Psicología XVII Jornadas de Investigación Sexto Encuentro de Investigadores en Psicología del MERCOSUR. Facultad de Psicología - Universidad de Buenos Aires, Buenos Aires. Recuperado de <https://www.aacademica.org/000-031/287>.

Antoniazzi, A. S., Souza, L. K. & Hutz, C. S. (2009). Coping em situações específicas, bem-estar subjetivo e autoestima em adolescentes. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 2 (1), 34-42. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202009000100005&lng=pt&tlng=pt.

Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press, 1998). Recuperado de <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1994EHB.pdf>.

Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: Perspectiva Desenvolvimentista*. Lisboa, Portugal: CLIMEPSI Editores.

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

Branco, A. M., Brito, M. A., Fonseca, S. R. & Ribeiro, S. (2009). Intervenção do enfermeiro junto do adolescente/família hospitalizado. *Enformação*, 14-17. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.17/786>.

Canha, J. & Portinha, I. (2015). O adolescente e a doença crónica: a propósito de um caso de adolescente com Síndrome de Klippel-Trenaunay. *Nascer e Crescer*, 24 (3), 129-32.

Carvalho, M. D. R., Silva, J. M. T., Machado, M. T. M. C. S. & Rosa, A. G. S. (2016). Ansiedade em Adolescentes: Efeitos de um Programa de Preparação Psicológica para a Hospitalização. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (16), 19-26. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0153>.

Clift, L., Dampier, S. & Timmons, S. (2007). Adolescents' experiences of emergency admission to children's wards. *Journal of Child Health Care*, 11(3) 195–207. Recuperado de <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1367493507079561>. doi: 10.1177/1367493507079561

Direção-Geral da Saúde (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. Recuperado de http://www.aped-dor.org/images/documentos/avaliacao_dor_crianças/Avaliacao_da_Dor_nas_Crianças.pdf.

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

Direção-Geral da Saúde (2015). *Norma 015/2013. Consentimento Informado, Esclarecido e Livre Dado por Escrito*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde.

Direção-Geral da Saúde (2016). *Programa Nacional de Vacinação 2017*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. Recuperado de

<https://www.dgs.pt/paginas-de-sistema/saude-de-a-a-z/programa-nacional-de-vacinacao/programa-nacional-de-vacinacao.aspx>.

Faro, A. & Pereira, M. E. (2013). Medidas do Estresse: Uma Revisão Narrativa. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 14 (1), 101-124.

Figueiredo, A. M. S., Almeida, C. M. S, Santos, M. M. O. & Carneiro, C. F. (2015). Vivências dos adolescentes durante a hospitalização num serviço de pediatria. *Referência. Série IV* (6), 105-114. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-2832015000600012

Fink, G. (2009). Stress: Definition and History. In *Reference Module in Neuroscience and Biobehavioral Psychology* (2017), 1-9: Elsevier. Recuperado de http://www.georgefink.com/wp-content/uploads/2012/03/Stress-Definition-History-Fink_2009_Encyclopedia-of-Neuroscience.pdf.

Folkman, S. (2011). Stress, health, and coping overview. In S. Folkman (Ed.), *The Oxford handbook of stress, health, and coping* (p.3-11). New York, NY: Oxford University Press. Recuperado de https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=nW0SDAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA3&ots=iGb4eUkAD9&sig=G577Tr0rdXvQ7F0UDufogGOtOpA&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false.

García, C. M. & Pintor, J. K. (2012). Stress, Coping and Adolescent Health. In Rice, V. H. (Ed.). *Handbook of stress, coping, and health: implications for nursing research, theory, and practice* (2ª ed., pp.254-306).

Instituto Nacional de Estatística (2018). *Estatísticas da Saúde 2016*. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional de Estatística, I. P.

Instituto Nacional para a Reabilitação, I. P. (2010). *Convenção sobre os Direitos das Pessoas com Deficiência*. Lisboa, Portugal: Instituto Nacional para a Reabilitação.

Hockenberry, M. J. & Barrera, P. (2014). Perspectivas de Enfermagem Pediátrica. (A. P. Fonseca, trad.). In: M. J. Hockenberry & D. Wilson (eds), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. 9ª ed. Loures, Portugal: Lusociência; 2014:1-18.

Lazarus, R. S. (2006). *Stress and Emotion: A New Synthesis* (2ª Ed.). New York, NY: Springer Publishing Company, Inc. Recuperado de

<https://books.google.pt/books?id=mATTP46Qlp4C&printsec=frontcover&hl=pt-PT#v=onepage&q&f=false>.

Lazarus, R. S. & Folkman, S. (1984). *Stress, Appraisal and Coping*. New York, NY: Springer Publishing Company, Inc. Recuperado de <https://books.google.pt/books?id=i-ySQQuUpr8C&printsec=frontcover&hl=pt-PT#v=onepage&q&f=false>.

Lawson, T. G. (2014). Betty Neuman: Systems Model. In Alligood, M. R. (Eds.) *Nursing theorists and their work* (8ª ed, pp. 281-302). Missouri, USA: Elsevier Inc.

Lei nº 15/14 de 21 de Março. (2014). *Diário da República n.º 57/14, I Série*. Assembleia da República. Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://dre.pt/application/conteudo/571943>.

Lei nº 156/15 de 16 de Setembro. (2015). *Diário da República n.º 181/15, I Série*. Assembleia da República. Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://dre.pt/application/file/a/70309872>.

Lowry, L. W. & Aylward, P. D. (2015). Betty Neuman's System Model. In Smith, M. & Parker, M. (Eds.), *Nursing Theories and Nursing Practices*. (4ª ed, pp. 165-184). Philadelphia, USA: F. A. Davis Company. Recuperado de <http://docshare03.docshare.tips/files/26827/268274013.pdf>.

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

Lyon, B. L. (2012) Stress, Coping, and Health A Conceptual Overview . In Rice, V. H. (Ed.). *Handbook of stress, coping, and health: implications for nursing research, theory, and practice* (2ª ed., pp.2-20). Thousand Oaks, CA, USA: Sage Publications. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/dd0d/86f56021211231f07d0fa4eb981a6891855f.pdf>.

Melo, G. M., Lélis, A. L. P. A., Moura, A., F., Cardoso, M. V. L. M. L. & Silva, V. M. (2014). Escalas de avaliação de dor em recém-nascidos: revisão integrativa. *Revista Paulista de Pediatria*, 32(4), 395–402. Recuperado de <https://ac.els-cdn.com/S0103058214000197/1-s2.0-S0103058214000197->

[main.pdf?_tid=349ba8f6-9f0c-427b-bb94-8f554c558364&acdnat=1539359362_da2e9ece1a1766e67536089711c7f103.](#)

Mendes, M. & Martins, M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3: (6), p. 113-121.

Montgomery, C., Trumpower, D., McMurtry, A., Ghani, S., Daubney, A. & Guerin, E. (2014). *Adolescent Stress and Coping: A Meta-analysis*. Ontario Health Promotion E-Bulletin. Recuperado de <http://www.ohpe.ca/node/15588>.

Norton-Westwood, D., Pearson, A. & Robertson-Malt, S. (2011). *The Ability of Environmental Healthcare Design Strategies to Impact Event Related Anxiety in Pediatric Patients: A Comprehensive Systematic Review*. Recuperado de http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.28.0a/ovidweb.cgi?&S=EMDAFPJMIEDDMFPINCFKAFFBGICFAA00&Link+Set=S.sh.40%7c1%7csl_190.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume I*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_Regulamento_PQCEE%20SaudeCriancaJovem.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Guia Orientador de Boa Prática - Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial de Saúde (2012). *Making health services adolescent friendly: developing national quality standards for adolescent friendly health services*. Suíça: Organização Mundial de Saúde. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/75217/9789241503594_eng.pdf;jsessionid=13DA6FA51F7349E79E1714400667784D?sequence=1.

Organização Mundial de Saúde (2014). *Health for the World's Adolescents: A second chance for the second decade*. Recuperado de <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2/page1/recognizing-adolescence.html>.

Papathanasiou, I. V., Tsaras, K., Neroliatsiou, A. & Roupas, A. (2015). Stress: Concepts, theoretical models and nursing interventions. *American Journal of Nursing Science*, 4(2-1), 45-50. Recuperado de <http://article.sciencepublishinggroup.com/pdf/10.11648.j.ajns.s.2015040201.19.pdf>.

Raimundo, R. P. & Pinto, M. P. M. (2006). Stress e estratégias de coping em crianças e adolescentes em contexto escolar. *Aletheia*, (24), 9-19. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1150/115013462002.pdf>.

Ramos, F. P., Enumo, S. R. F. & Paula, K. M. P. (2015). Teoria Motivacional do *Coping*: uma proposta desenvolvimentista de análise do enfrentamento do estresse. *Estudos de Psicologia*, 32 (2), 269-279. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2015000200269&lng=pt&tlng=pt#B12.

Regulamento nº 422/18 de 12 de Julho. (2018). *Diário da República nº 133/18, II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://dre.pt/application/conteudo/115685379>.

Regulamento nº 140/19 de 6 de Fevereiro. (2019). *Diário da República nº 26/19, II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://www.ordemenfermeiros.pt/media/10778/0474404750.pdf>.

Rice, V. H. (2012). Theories of Stress and Its Relationship to Health , In Rice, V. H. (Ed.). *Handbook of stress, coping, and health: implications for nursing research, theory, and practice* (2ª ed., pp. 22-42). Thousand Oaks, CA, USA: Sage Publications. Recuperado de <https://pdfs.semanticscholar.org/8bdd/71f8ffa51174d160fd67ef99139b243f6dce.pdf>.

Ryan-Wenger, Wilson & Broussard (2012). Stress, Coping and Health in Children. In Rice, V. H. (Ed.). *Handbook of stress, coping, and health: implications for nursing research, theory, and practice* (2ª ed., pp. 226-253). Thousand Oaks, CA, USA: Sage Publications. Recuperado de

<https://books.google.pt/books?id=TMVxBfI0IHwC&pg=PA305&lpg=PA305&dq=Stress,+coping,+and+adolescent+health&source=bl&ots=vGWFTEN5ir&sig=jctPICyUPM01EmQIFjT3igJCyoQ&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwiQ68Lqhu3bAhUFO8AKHQRBfk4ChDoAQhcMAY#v=onepage&q=Stress%2C%20coping%2C%20and%20adolescent%20health&f=false>.

Santos, A. M. & Castro, J. J. (1998). Stress. *Análise Psicológica*, 4 (XVI), 675-690. Recuperado de <http://www.scielo.mec.pt/pdf/aps/v16n4/v16n4a12.pdf>.

Seiffge-Krenke, I., Aunola, K. & Nurmi, J. (2009). Changes in Stress Perception and Coping During Adolescence: The Role of Situational and Personal Factors. *Child Development*, 80 (1), 259 – 279. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-8624.2008.01258.x/epdf>. doi: 10.1111/j.1467-8624.2008.01258.x

Sellars, M. (2014). Reflective Practice. In M. Sellars (ed.) *Reflective Practice for Teachers*. 1ª ed. Londres, Reino Unido: SAGE Publications Ltd; 2014: 1-21. Recuperado de https://uk.sagepub.com/sites/default/files/upm-binaries/59229_Sellars.pdf.

Serra, A. V. (2005). *O Stress na vida de todos os dias* (3ª ed.). Coimbra, Portugal: Adriano Vaz Serra.

Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129 (2), 216-269. Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.458.1894&rep=rep1&type=pdf>.

Smith, S. (2004). Adolescent units - an evidence-based approach to quality nursing in adolescent care. *European Journal of Oncology Nursing*, 8, 20–29. Recuperado de https://ac.els-cdn.com/S1462388903000577/1-s2.0-S1462388903000577-main.pdf?_tid=1fb79618-0aa9-48b9-91f6-bf90074a36a6&acdnat=1520638418_6e6f306905a7ad1024784149f918ad37. doi: 10.1016/S1462-3889(03)00057-7

Smith, J., Swallow, V. & Coyne, I. (2014). Involving Parents in Managing Their Child's Long-Term Condition—A Concept Synthesis of Family-Centered Care and Partnership-in-Care. *Journal of Pediatric Nursing*, 30, 143–159.

Sousa, P., Antunes, A., Carvalho, J. & Casey, A. (2013). Parental perspectives on negotiation of their child's care in hospital. *Nursing Children And Young People*, 25 (2), 24-28.

Uhl, T., Fisher, K., Docherty, S. L. & Brandon, D. H. (2013). Insights into Patient and Family-Centered Care Through the Hospital Experiences of Parents. *JOGNN*, 42, 121-131. doi: 10.1111/1552-6909.12001

UNICEF (1989). *A Convenção sobre os direitos da criança*. Nações Unidas. Recuperado de https://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf.

Watts, R. & Wilson, S. (2009). Impact of the physical environment in paediatric hospitals on health outcomes: a systematic review. *JB I Library of Systematic Reviews*, 7(20), 908-941. Recuperado de http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.28.0a/ovidweb.cgi?&S=EMDAFPJMIEDDMFPINCFKAFFBGICFAA00&Link+Set=S.sh.21%7c1%7csl_190.

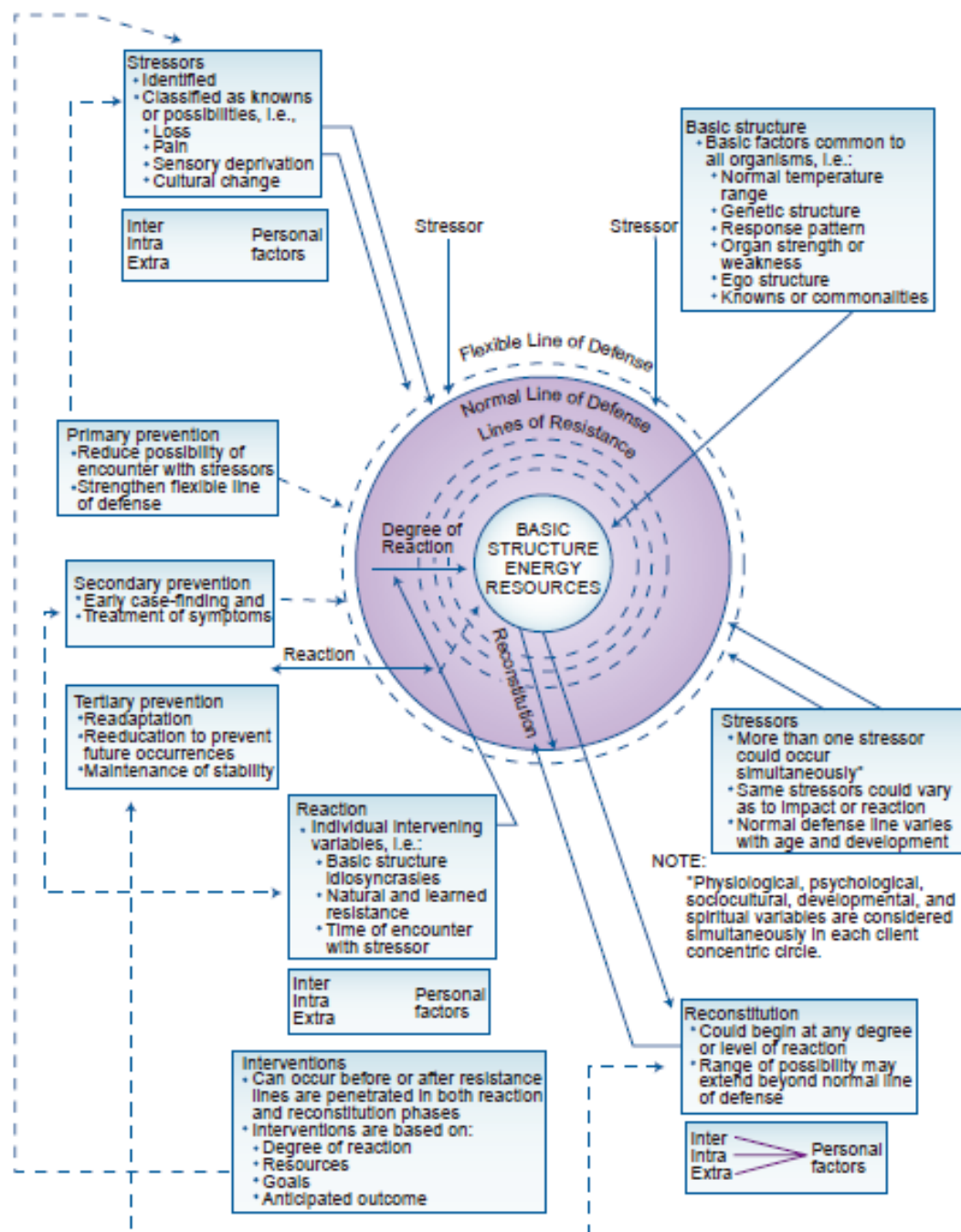
Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2008). Adolescents' coping with stress: development and diversity. *Prevention Researcher*, 15, 3-7. Recuperado de https://www.pdx.edu/sites/www.pdx.edu.psy/files/media_assets/7_Zimmer-Gembeck_Skinner_AdolCoping_PreventionResearcher.pdf.

Zimmer-Gembeck, M. J. & Skinner, E. A. (2011). The development of coping across childhood and adolescence: An integrative review and critique of research. *International Journal of Behavioral Development*, 35(1), 1-17. Recuperado de https://www.pdx.edu/sites/www.pdx.edu.psy/files/Zimmer-Gembeck%20%20Skinner_Coping%20Review_%20IJB_D_2011.pdf. doi: 10.1177/0165025410384923

ANEXOS

Anexo I. Modelo de Sistemas de Betty Neuman

Modelo de Sistemas de Betty Neuman



Fonte: Lowry & Aylward, 2015, p. 168.

APÊNDICES

Apêndice I. Cronograma de estágios

Cronograma de estágios

Planeamento do percurso de estágio nos diferentes contextos (2018/2019)

Meses	Setembro		Outubro				Novembro				Dezembro				Janeiro					Fevereiro				
Dias	24	1	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10	15		3	7	14	21	28	4	11	18	25	
	28	4	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	17		6	13	20	27	3	8	17	24	28	
Semanas	1ª	2ª	3ª	4ª	5ª	6ª	7ª	8ª	9ª	10ª	11ª	12ª	13ª		13ª	14ª	15ª	16ª	17ª	18ª	19ª	20ª	21ª	
Centro de Desenvolvimento Infantil																					Elaboração do Relatório de Estágio			
UCIN																								
UCSP + CAA																								
SUP																								
UIA																								

Presença em estágio 

Férias de Natal 

**Apêndice II. Descrição e Análise Reflexiva sobre a experiência
na UCIN**

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

9º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO

DE

ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

DESCRIÇÃO E ANÁLISE REFLEXIVA

sobre a experiência na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

Elaborado por:

Ana Sofia Prata Baptista Pinto, nº858

Docente: Prof.^a Doutora Maria da Graça Vinagre

Lisboa

Outubro de 2018

No contexto do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, foi planeado e realizado estágio na Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais (UCIN) do Hospital [REDACTED], que decorreu de 8 a 26 de Outubro de 2018. Este contexto foi selecionado tendo em consideração os seus contributos para o desenvolvimento de saberes e competências comuns do enfermeiro especialista e de competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (EEESIP).

O [REDACTED] é um hospital central com elevada diferenciação científica, técnica e tecnológica, e constitui um dos polos materno-infantil do [REDACTED]. É reconhecido pela sua excelência clínica, eficiência e eficácia, sendo uma instituição de referência de cuidados de saúde em Portugal.

A UCIN presta cuidados a recém-nascidos (RN) até aos 28 dias de idade, ou a bebés prematuros de poucos meses de idade cujos cuidados não possam ser assegurados em outras unidades. Os RN admitidos são provenientes do serviço de urgência ou de outras unidades hospitalares do país, como serviços de obstetrícia ou outras unidades de neonatologia. Esta unidade abrange a região de Coimbra ao Algarve, incluindo os arquipélagos da Madeira e dos Açores. Existem RN com reinternamentos na UCIN, por agravamento da sua situação de saúde ou instabilidade, e internamentos de recém-nascidos de termo ou com mais de 28 dias de vida devido à necessidade de ventilação invasiva. Fora da UCIN não existem ventiladores nem profissionais capacitados para garantir cuidados a estes bebés.

Este serviço é o centro de referência de cirurgia neonatal, sendo prestados cuidados diferenciados a prematuros submetidos a cirurgia. Desta forma, além dos RN com prematuridade, de baixo e muito baixo peso, e de RN com processos infecciosos como *sépsis*, pneumonia, meningite ou bronquiolite, a UCIN garante cuidados especializados em patologias cirúrgicas como malformações congénitas, atresia do esófago e intestinal, hérnia diafragmática, onfalocelo, gastroquises, síndromes polimalformativas, malformações cardíacas, entre outros.

Tem uma lotação de 10 vagas, sendo 6 delas na sala de cuidados intensivos e 4 vagas de cuidados intermédios. O serviço divide-se por duas alas, a de cuidados intensivos e a de cuidados intermédios, ambas com uma sala *open space*, dotadas de equipamentos de alta tecnologia. Existe ainda um quarto de isolamento equipado para cuidados intensivos e duas incubadoras de transporte de RN adaptadas: uma para transporte intra-hospitalar (para a realização de exames e transporte para o bloco

operatório) e outra para transporte extra-hospitalar, em ambulância, com um ventilador de alta frequência. As vagas da unidade são geridas e asseguradas pelo Subsistema de Transporte Neonatal – INEM Região Sul, que garante a assistência a todos os RN com necessidade de cuidados especiais ou em situação crítica.

O espaço foi adaptado de forma a existir uma sala dedicada aos pais, com uma zona de descanso com sofá, televisão e lavabos, e com uma antecâmara com cacifos e equipamento de proteção individual para colocarem antes de entrar nas salas com os RN.

Possui projetos que incluem o Método de Canguru, Toque nutritivo e massagem no bebé e Posicionamento, sendo um dos objetivos transversais a estes projetos a promoção do conforto e redução do *stress* nos RN. Este serviço foi selecionado por possuir projetos dentro da temática do *stress* e por viabilizar o desenvolvimento de competências de promoção da vinculação.

Neste contexto trabalhei a utilização de terapias de enfermagem comuns e complementares nos cuidados à criança que promovam a majoração dos ganhos em saúde, suportadas na evidência, e a promoção da vinculação entre pais e recém-nascido (Regulamento nº 422/18), para dar resposta ao objetivo geral delineado para este estágio, enquadrado no projeto de estágio, de desenvolver competências de EEESIP no cuidado à criança, jovem e sua família nas diferentes etapas do desenvolvimento e contextos em que se encontrem, em particular os objetivos específicos: 1.1 Desenvolver competências específicas no âmbito da promoção da vinculação e da parentalidade, e 1.2 Promover comportamentos potenciadores de saúde, estilos de vida saudáveis e a gestão do plano de saúde no sentido da maximização da saúde da criança e do jovem.

A equipa multidisciplinar é constituída por 29 enfermeiros, dos quais 12 são EEESIP e 1 especialista em Enfermagem Médico-Cirúrgica, um fisioterapeuta, cinco médicos, um terapeuta ocupacional, um Terapeuta da fala, uma Psicóloga e uma Assistente Social. Existe um médico em permanência na UCIN por 24h, estando a equipa completa presente durante o turno da manhã. O rácio de enfermagem é de um enfermeiro por cada 2 RN, permanecendo uma equipa de 4-5 enfermeiros no turno da manhã e uma equipa de 4 enfermeiros nos turnos da tarde e noite. De acordo com a Norma para o Cálculo de Dotações Seguras de Enfermagem (Ordem dos Enfermeiros [OE], 2014), não existe quadro de referência para a classificação de horas de cuidados de enfermagem necessárias por dia de internamento em Neonatologia, apontando para

as 9,87h. Esta é, por isso, a especialidade que requer mais horas de cuidados de enfermagem, seguindo-se a esta as Unidades cérebro-vasculares com 6,86h de cuidados. Acresce ainda o facto da UCIN ser uma unidade de nível III, de acordo com a recomendação de requisitos mínimos para unidades de cuidados intensivos, uma vez que possui equipas de enfermagem e médicas funcionalmente dedicadas, com assistência médica intensivista de 24h e é uma unidade polivalente com capacidade para assegurar os cuidados totais aos RN (OE, 2014). O rácio, de acordo com o referido documento, deveria ser de 1:1 para garantir a segurança dos RN e a melhor qualidade de cuidados. Esta questão é crítica e é da competência comum do enfermeiro especialista (EE) criar e manter um ambiente terapêutico e seguro, competência B3, sendo da sua responsabilidade gerir “o risco ao nível institucional ou das unidades funcionais” (Regulamento 122/11, p. 8651), colaborando na “definição de recursos adequados para a prestação de cuidados seguros” (Regulamento 122/11, p. 8651) e desenvolvendo “sistemas de trabalho, de forma a reduzir a probabilidade de ocorrência de erro humano” (Regulamento 122/11, p. 8651). Dada a contingência orçamental para a contratação de mais profissionais para reforçar as equipas, a gestão de cuidados pelos enfermeiros especialistas da UCIN torna-se ainda mais exigente e complexa no sentido da otimização do trabalho e das respostas da equipa de enfermagem e dos seus colaboradores, bem como da adequação dos recursos disponíveis às necessidades de cuidados dos RN (Regulamento 122/11). Através da observação da organização da Unidade, da leitura de protocolos relativos a atuação em situações específicas, normas e procedimentos e da observação e acompanhamento do enfermeiro orientador na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao RN e aos pais foi possível constatar a necessidade de um reforço da equipa para uma dotação segura de cuidados. Foi, desta forma desenvolvida a competência comum de EE C2 “Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados” (Regulamento 122/11, p. 8652), uma vez que desenvolvi a capacidade de avaliar riscos associados aos recursos que irão interferir na prestação de cuidados, bem como a constatação da necessidade de negociar a adequação de recursos para a prestação de cuidados seguros e de qualidade (Regulamento 122/11).

Apesar destes constrangimentos, a UCIN possui uma equipa multidisciplinar motivada e dinâmica, que mantém atividades científica e de investigação, e participa no ensino pré e pós graduado de profissionais de saúde como médicos, enfermeiros e fisioterapeutas. O objetivo major consiste na prestação de cuidados de excelência ao RN

e sua família, refletindo-se nos cuidados, nos projetos desenvolvidos pelos enfermeiros da unidade, e nas ações de formação no serviço, alinhados com o projeto global da qualidade da instituição. Incentiva-se, desta forma, o desenvolvimento profissional, de competências técnicas e relacionais para cuidar do RN e sua família com a qualidade e procura permanente da excelência preconizada (OE, 2011).

Nesse sentido, fui convidada pela equipa de enfermagem a assistir a uma sessão de formação dinamizada pelas equipas da UCIN do [REDACTED] intitulada “Atualidades em Neonatologia”. Foi uma formação de 8h dividida em 4 temas: Cardiopatias congénitas, Cuidados ao RN na Cultura Hindu, Ventilação Invasiva com Óxido Nítrico e Posicionamento Terapêutico em Neonatologia. Foi uma oportunidade única de aprendizagem, onde peritos da área transmitiram os seus conhecimentos e promoveram o debate entre profissionais.

A destacar os contributos da enfermeira perita sobre o tema relativo à cultura Hindu, que realçou a importância do cuidado centrado na família e adaptado à sua cultura. Tendo em conta a variedade étnica da população em Lisboa e nos centros urbanos do país, é essencial que o EEESIP possua conhecimentos relativos às tradições e crenças das diferentes culturas presentes na população a que presta cuidados, de forma a adequar a sua intervenção. De acordo com os dados da Área de Planeamento, Análise e Controlo de Gestão do [REDACTED], em 2017 ocorreram 1161 episódios de urgência no serviço de urgência pediátrica do [REDACTED] de crianças e jovens Nepaleses, 345 do Bangladesh e 175 da Índia. É assim notório o aumento da população de cultura Hindu em Lisboa. No contexto da UCIN o enfermeiro poderá encontrar pulseiras negras nos punhos ou no abdómen, bem como sinais pretos na testa, região palmar e plantar. Estas são práticas de proteção contra o mau-olhado do bem mais importante para a família: o recém-nascido. O EEESIP deve sensibilizar a equipa para o simbolismo associado a estas crenças e proporcionar condições para a realização de rituais durante o internamento do RN, para promover a vinculação dos pais ao RN e a sua inclusão familiar.

Outro tema que me despertou especial interesse e relevância para o desenvolvimento de competências de EEESIP foi o posicionamento terapêutico do RN em neonatologia. A realização de um posicionamento correto implica uma boa utilização dos materiais de apoio e a contenção, com o alinhamento dos membros à linha média e sua flexão, a manutenção do alinhamento articular e o alinhamento da cabeça. Para além dos princípios-chave, foi importante o debate sobre o tema, com o

objetivo de uniformizar as práticas de cuidados. Foi enfatizada a importância do posicionamento para o desenvolvimento neuromotor, contribuindo para um melhor controlo da cabeça, estabilidade do tronco, coordenação olho-mão e equilíbrio do RN. Em RN internados na UCIN existe a necessidade de estabelecer limites à amplitude dos seus movimentos, para diminuir a sua desorganização, insegurança, irritabilidade, gasto energético e atividade motora. Foi notória a apropriação dos conhecimentos transmitidos, tendo desenvolvido competência E3.1, relativa à promoção do crescimento e desenvolvimento infantil, e E2.2. “Faz a gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (Regulamento 422/18, p.19193). Posicionei RN de acordo com as boas práticas transmitidas, com maior proficiência.

Apesar de ter realizado pesquisa bibliográfica acerca de cardiopatias congénitas e de ventilação invasiva com óxido nítrico, a sessão sobre estes temas permitiu aprofundar e consolidar conhecimentos e desenvolver a competência E2.3. “Responde às doenças raras com cuidados de enfermagem apropriados” (Regulamento 422/18, p. 19193).

Os cuidados são individualizados de acordo com as necessidades particulares do RN e sua família, baseados no modelo teórico de Nancy Roper, adotado pelo [REDACTED], que se baseia no modelo representado por 12 atividades de vida, sendo utilizado por todos os enfermeiros da instituição, independentemente da especialidade das unidades onde se inserem. O método de trabalho é o de enfermeiro de referência, sendo este responsável pela organização de todos os cuidados de enfermagem de cada RN e família que lhe é atribuída.

Assim, na atividade proposta para este estágio de observação e acompanhamento do enfermeiro orientador na prestação de cuidados de enfermagem especializados ao RN e seus pais, foi necessário realizar a avaliação ao RN e aprofundar conhecimentos sobre o seu problema de saúde e fase do ciclo vital, bem como conhecer a sua família, as suas características e necessidades, para organizar e assegurar todos os cuidados de enfermagem de que o binómio RN/pais necessitavam. Através do método de trabalho por enfermeiro de referência, garantem-se cuidados de elevado nível de complexidade, bem como a sua gestão e segurança (OE, 2011, 2015).

Os RN prematuros, pela sua imaturidade, são mais frágeis e estão mais vulneráveis, necessitando de cuidados para garantir uma ventilação adequada e a estabilidade cardiorrespiratória, a manutenção da temperatura corporal, a nutrição

(através de alimentação por via entérica ou parentérica), uma eliminação adequada, entre outros. Foi extremamente enriquecedor ter contacto com esta realidade, tão diferente do meu contexto de cuidados, sendo possível clarificar competências transversais a diferentes contextos, e desmistificar situações que até então eram completamente desconhecidas enquanto profissional. A simples mudança de fralda revelou-se uma experiência completamente diferente e única que, devido à fragilidade venosa dos RN internados, implicava mobilizações para decúbitos laterais e uma manipulação cuidadosa para a realização deste cuidado.

Na ala de cuidados intensivos são prestados cuidados altamente diferenciados e complexos a RN mais instáveis e vulneráveis. Aqui, foi possível colaborar nos cuidados de higiene do RN, no seu posicionamento e cuidados de conforto. Realizei monitorização de sinais vitais, observei as competências precoces na alimentação oral e participei nos cuidados de conforto. Observei a prestação de cuidados complexos realizados pela enfermeira de referência e tive a oportunidade de colaborar nos mesmos, incluindo na colocação de drenos torácicos, aspiração de secreções a RN ventilados, punções venosas e administração de terapêutica. Foi possível ainda estabelecer relação de parceria com os pais, realçando as competências que o RN já desenvolveu até à data e encorajando, quando adequado, o toque e a sua participação nos cuidados, contribuindo estas atividades para o desenvolvimento das competências E1.2 “Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (Regulamento 422/18, p. 19193), E2.5 “Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” (Regulamento 422/18, p. 19193) e E3.1 “Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (Regulamento 422/18, p. 19194).

Na UCIN preconiza-se a inclusão dos pais nos cuidados, nomeadamente na higiene, mudanças de fralda, alimentação e conforto, e incentiva-se a sua permanência na unidade durante o dia, junto dos seus filhos. O estabelecimento de uma relação de parceria entre o enfermeiro e a família do RN na UCIN é essencial, na qual o enfermeiro encoraja e incentiva de forma progressiva a participação dos pais nos cuidados ao RN, de acordo com a complexidade da situação de saúde e estabilidade do RN, e com a capacidade dos pais/família em assegurar o cuidado sem representarem um risco para o RN. A participação dos pais nos cuidados respeita as orientações fornecidas pelo Regulamento dos Padrões de Qualidade dos Cuidados Especializados em

Enfermagem da Criança e do Jovem (OE, 2011), iniciando-se num nível menos complexo e, com supervisão do EEESIP, gradualmente aumentando o seu nível de participação nos cuidados em ações mais complexas. A parceria de cuidados baseia-se, neste contexto, na educação e capacitação dos pais, na partilha de informação, na negociação e tomada de decisão partilhada no planeamento dos cuidados, promovendo não só a vinculação entre pais/RN como também a sua autonomia crescente e independência na resposta às necessidades do seu filho, promovendo-se a parentalidade, numa perspetiva constante de adaptação do plano de cuidados às necessidades da criança e seus pais (Mendes & Martins, 2012; Sousa et al., 2013). Pretende-se assim a integração progressiva do RN na sua família, respeitando as suas decisões e o nível de participação que conseguem realizar em determinado momento, numa atitude empática e flexível (OE, 2010). Foi aqui desenvolvida a competência E1.1 “Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” (Regulamento 422/18, p.19193) e E3.2 “Promove a vinculação de forma sistemática, particularmente no caso do recém - nascido (RN) doente ou com necessidades especiais” (Regulamento nº 422/18, p. 19194).

Na atividade proposta para este estágio de colaborar no apoio e esclarecimento dos pais sobre os cuidados ao RN, foi necessário ter estes pressupostos presentes, bem como utilizar técnicas de comunicação adequadas, e ter uma atitude de respeito para com as crenças e cultura dos pais/família, adaptando o discurso, o vocabulário e a linguagem de acordo com a capacidade de compreensão dos pais e a sua disponibilidade para assimilar os conhecimentos que lhe estavam a ser transmitidos, indo ao encontro da unidade de competência E3.3 “Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (Regulamento 422/18, p. 19194).

Tive a oportunidade de iniciar os ensinamentos aos pais de um bebé acerca da aspiração de secreções e da manipulação de ventilação não invasiva (VNI), nomeadamente na colocação da máscara nasal e seu ajuste, cuidados de manutenção da higiene da máscara e traqueias do ventilador, interpretar alarmes, ligar/desligar e silenciar a VNI. Participar ativamente na promoção da parentalidade destes pais foi importante para o desenvolvimento de competências de EEESIP neste contexto de estágio, capacitando-os para a realização autónoma de cuidados que garantam um regresso a casa em segurança, tornando-os competentes na resposta às necessidades do seu filho (OE, 2011). Era um casal em que a mãe era portuguesa e o pai paquistanês, com outro filho de 17 meses. O

pai compreendia mal a língua portuguesa, sendo necessário transmitir as orientações em inglês ou utilizando vocabulário português muito simples.

Incentivar os pais a participar nos cuidados, transmitir confiança e fornecer *feedback* foi uma intervenção que me deu especial prazer, por ter a possibilidade de acompanhar os seus progressos durante o período que permaneci em estágio e por permitir construir uma relação próxima na qual, talvez por ser vista como um elemento externo, fui um recurso por eles valorizado para esclarecer dúvidas e reforçar ensinamentos realizados pelos profissionais da UCIN.

Na ala de cuidados intermédios encontram-se os RN mais estabilizados que permanecem na unidade para aumentar de peso, adquirir competências de alimentação oral ou manter a estabilidade de bebés que, embora não necessitem de cuidados intensivos, ainda careçam de vigilância. Aqui os pais são incentivados a participar em todos os cuidados, sendo o enfoque colocado na sua autonomia, preparando-os para a transferência para enfermaria ou alta para o domicílio em segurança, com um menor *stress* e maior confiança nas suas competências parentais. Investe-se aqui na parentalidade positiva.

A amamentação é incentivada, sendo que nas situações em que não é possível amamentar, existem bombas elétricas para extração de leite materno e posterior armazenamento em frigorífico próprio, devidamente identificado, para administração por sonda nasogástrica, tetina ou biberão. A administração do leite é preferencialmente realizada pelos pais, dada a componente emocional da intervenção, em que existe interação os pais e o RN, estes aprendem a identificar e interpretar as expressões do RN e se promove a vinculação (OE, 2010, 2015).

São ainda realizadas sessões de formação aos pais sobre a massagem ao bebé, um dos projetos da UCIN, à qual os pais reagem positivamente e apreciam, promovendo a vinculação com o seu filho. Para minimizar o impacto dos *stressors* relacionados com a experiência da UCIN, é essencial uma ação convergente com o cuidado centrado na família, pretendendo-se promover um sentimento de controlo bem como prevenir, minimizar ou eliminar o *stress* psicológico e físico que o RN e os pais experimentam durante o internamento, segundo o princípio ético da Não Maleficência e os princípios dos Cuidados Não Traumáticos, que se preocupam acerca do como, onde, quem e o porquê de cada procedimento realizado (Hockenberry & Barrera, 2014; OE, 2015).

Foi realizada a atividade de colaboração na prestação de cuidados de enfermagem promotores da participação dos pais nos cuidados ao RN e à criança e da promoção do contato físico entre pais e RN através do método de Canguru e massagem, entre outros.

Após consulta de normas e procedimentos da UCIN relacionados com o Método de Canguru, Toque Nutritivo e Massagem no RN, estimei a realização destas intervenções pelos pais, sempre que adequado, com supervisão da enfermeira de referência. Dado que a UCIN do [REDACTED] é o centro de referência de cirurgia neonatal, os RN da unidade estão gravemente doentes, com grande instabilidade e, na sua maioria, submetidos a intervenções cirúrgicas complexas. Possuem estomas, suturas abdominais, drenos torácicos ou abdominais e cateteres venosos centrais ou umbilicais. Por estes motivos, a aplicação do método de canguru na ala de cuidados intensivos é pouco viável, quer pela instabilidade dos RN quer pela dor aguda que os RN sentem ao toque/manipulação e pelo risco de hemorragia ou de exteriorização de drenos. Este método é aplicado maioritariamente nos cuidados intermédios, local onde permaneci apenas um turno.

Na UCIN os RN são submetidos a procedimentos dolorosos e invasivos com frequência. Com a impossibilidade de realizar o método de canguru, utiliza-se como estratégia não farmacológica para alívio da dor a sucção não nutritiva e a contenção (OE, 2013). É também administrada sacarose a 24% (em RN com alimentação por via oral), como preconizado no guia orientador de boa prática para as estratégias não farmacológicas do controlo da dor na criança (OE, 2013), que aconselha a utilização da sacarose em procedimentos que provoquem dor aguda. A compreensão da efetividade destas intervenções e a sua realização permitiram desenvolver a competência E1.2 “Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (Regulamento 422/18, p. 19193), E2.2.3. Aplica conhecimentos e habilidades em terapias não farmacológicas para o alívio da dor (Regulamento 422/18, p. 19193) e E2.4 “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” (Regulamento 422/18, p. 19193).

A avaliação da dor no RN é valorizada, uma vez que as vias nervosas ascendentes que permitem a perceção de dor estão presentes às 20 semanas de gestação e estão totalmente desenvolvidas às 28 semanas (DGS, 2010). Contudo, as vias nervosas descendentes ainda estão imaturas, o que resulta numa hipersensibilidade do RN

premature à dor (DGS, 2010). Pelas características clínicas e idade dos RN da UCIN, a dor é avaliada através da aplicação da escala N-PASS, apropriada para a avaliação da dor nos RN prematuros e de termo com ventilação assistida ou em pós-operatório. A sua utilização é congruente com as Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças (DGS, 2010), dado ser adequada às características do RN e é utilizada de forma sistemática, o que permite a uniformização da avaliação da dor e da linguagem utilizada pela equipa e uma homogeneização da intervenção para o seu controlo, resultando num controlo da dor eficaz (Melo, Lélis, Moura, Cardoso & Silva, 2014).

Considero ainda que a redução de estímulos como a adequação do ruído, a redução do número de manipulações do RN, o respeito pelos seus períodos de sono e repouso e a redução da luminosidade são intervenções de especial importância, que permitem não só o desenvolvimento do RN como a promoção do seu conforto, sendo estas intervenções incluídas no guia orientador acima referido, como estratégias de controlo da dor no RN (OE, 2013). Há a ressaltar que o *open space* da ala de cuidados intensivos é envolvido por janelas em três faces, sendo a luminosidade difícil de controlar no período diurno. A equipa de enfermagem assegura-se que a luz solar não incide diretamente nas incubadoras e reduz a intensidade da luz através de persianas e de colocação de proteções em tecido têxtil sobre as incubadoras.

Constatei durante a frequência em estágio que existem pais adolescentes, entre os 14 e os 16 anos de idade, com os seus filhos internados na UCIN. A gravidez na adolescência ocorre num período de experimentação e aquisição de novos papéis sociais e emocionais, maior preocupação com o autoconceito, bem como a transição de uma posição de dependência dos pais para a autonomia e independência na tomada de decisão (OMS, 2014; Canha & Portinha, 2015; Regulamento nº422/18). É ainda um período de desenvolvimento físico acentuado, com riscos acrescidos de complicações médicas para a mãe adolescente e para o recém-nascido (Martins, Santos, Sousa, Costa & Simões, 2011). A mãe e pai adolescentes encontram-se eles próprios em desenvolvimento e não possuem, habitualmente, maturidade para assumir o papel parental. A existência de um bebé prematuro constitui um fator de *stress* acrescido à sua parentalidade precoce, sendo esta uma situação de dupla-prematuridade (Delgado, 2002; Martins et al., 2011). É necessário que o EEESIP esteja atento a estas questões e desenvolva intervenções junto destes pais e suas famílias no sentido de promover a vinculação, a parentalidade e a redução do *stress*.

Neste sentido, o EEESIP facilita a aprendizagem e o “desenvolvimento de competências para a gestão dos processos específicos de saúde/doença” (Regulamento 422/18, p. 19183) dos pais adolescentes e a adoção de comportamentos potenciadores de saúde do RN, que lhes permita cuidar do seu filho no domicílio.

O EEESIP adequa o suporte familiar e permite o acompanhamento da mãe ou pai adolescente por um familiar significativo, preferencialmente um dos avós do RN, garantindo a presença de um elemento que lhes transmita segurança e ajude a reduzir o *stress* que experienciam (Regulamento 422/18; Lei nº 15/14).

Esta é uma situação complexa, que implica uma relação de parceria, cuja intervenção encara o desenvolvimento pessoal do adolescente e a gestão do seu *stress*, o seu desenvolvimento de competências enquanto mãe/pai e a necessidade de garantir o crescimento e desenvolvimento do RN, com pais competentes que assegurem o seu bem-estar.

Através da observação, da reflexão acerca desta situação e de conversas informais com a equipa de enfermagem, foi identificada a necessidade de realizar um folheto para o acolhimento de pais adolescentes na UCIN, com informações simples e claras acerca das características da unidade e dos seus direitos enquanto pais menores de idade. Por norma os pais adolescentes, de acordo com a equipa de enfermagem, são pouco presentes durante o internamento dos RN na UCIN. Esta atividade de estágio teve como objetivo incentivar o seu acompanhamento ao RN, que irá facilitar a vinculação e a promoção da parentalidade, bem como satisfazer a sua necessidade de informação, característica da adolescência, que ajuda a reduzir o *stress* que vivenciam (Regulamento 422/18; Lei nº 15/14).

Esta experiência de estágio foi muito enriquecedora, pois permitiu desenvolver conhecimentos e competências de EEESIP, sendo este contexto um local privilegiado para estabelecer uma relação de parceria de cuidados numa fase inicial da vida do RN com os pais e uma oportunidade ímpar de promover vinculação, a parentalidade positiva, e a consequente promoção do desenvolvimento infantil através da transmissão de conhecimentos que permitirão a sua adaptação à doença crónica ou deficiência. Nestes casos, o ensino é fulcral, bem como a esperança realista, a identificação da necessidade de intervenção precoce e encaminhamento para centros de desenvolvimento ou profissionais da especialidade, de forma a garantir a majoração dos ganhos em saúde (Regulamento 422/18).

Referências Bibliográficas

Canha, J. & Portinha, I. (2015). O adolescente e a doença crónica: a propósito de um caso de adolescente com Síndrome de Klippel-Trenaunay. *Nascer e Crescer*, 24 (3), 129-32.

Delgado, S. E. (2002). A construção do caminho do vínculo mãe adolescente / bebe pré-termo. *Rev. Bras. Cresc. Desenv. Hum.*, 12(1), 32-38.

Direção-Geral da Saúde (2010). *Orientações técnicas sobre a avaliação da dor nas crianças*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. Recuperado de http://www.aped-dor.org/images/documentos/avaliacao_dor_crianças/Avaliacao_da_Dor_nas_Crianças.pdf.

Lei nº 15/14 de 21 de Março. (2014). *Diário da República n.º 57/14, I Série*. Assembleia da República. Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://dre.pt/application/conteudo/571943>.

Martins, M. G., Santos, G. H. N., Sousa, M. S., Costa, J. E. F. B. & Simões, V. M. F. (2011). Associação de gravidez na adolescência e prematuridade. *Revista Brasileira de Ginecologia e Obstetrícia*, 33(11), 354-60. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0100-72032011001100006.

Melo, G. M., Lélis, A. L. P. A., Moura, A., F., Cardoso, M. V. L. M. L. & Silva, V. M. (2014). Escalas de avaliação de dor em recém-nascidos: revisão integrativa. *Revista Paulista de Pediatria*, 32(4), 395–402. Recuperado de https://ac.els-cdn.com/S0103058214000197/1-s2.0-S0103058214000197-main.pdf?_tid=349ba8f6-9f0c-427b-bb94-8f554c558364&acdnat=1539359362_da2e9ece1a1766e67536089711c7f103.

Mendes, M. & Martins, M. (2012). Parceria nos cuidados de enfermagem em pediatria: do discurso à ação dos enfermeiros. *Revista de Enfermagem Referência*, 3: (6), p. 113-121.

Ordem dos Enfermeiros (2010). *Guias Orientadores de Boa Prática em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediátrica – Volume I*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de

https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_Regulament_o_PQCEE%20_SaudeCriancaJovem.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2013). *Guia Orientador de Boa Prática - Estratégias não farmacológicas no controlo da dor na criança*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Ordem dos Enfermeiros (2014) *Norma para o Cálculo de dotações seguras dos cuidados de enfermagem*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/media/8332/pontoquatro_norma_de_dotacoesseguras_dos_cuidados_de_enfermagem_ag_30_05_2014_aprovado_por_maioria_proteg.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2015). *Guia Orientador de Boa Prática - Adaptação à parentalidade durante a hospitalização*. Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Organização Mundial de Saúde (2014). *Health for the World's Adolescents: A second chance for the second decade*. Recuperado de <http://apps.who.int/adolescent/second-decade/section2/page1/recognizing-adolescence.html>.

Regulamento nº 122/11 de 18 de Fevereiro. (2011). *Diário da República nº 35/11, II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. Recuperado de <http://www.aper.pt/Ficheiros/competencias%20comuns.pdf>.

Regulamento nº 422/18 de 12 de Julho. (2018). *Diário da República nº 133/18, II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://dre.pt/application/conteudo/115685379>.

Sousa, P., Antunes, A., Carvalho, J. & Casey, A. (2013). Parental perspectives on negotiation of their child's care in hospital. *Nursing Children And Young People*, 25 (2), 24-28.

**Apêndice III. Caracterização dos motivos de procura do SUP
pelos Adolescentes**

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
9º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO
DE
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA
Unidade Curricular de Estágio com Relatório

MOTIVOS DE PROCURA DOS ADOLESCENTES
Serviço de Urgência Pediátrica do [REDACTED]

Elaborado por: Ana Sofia Prata Baptista Pinto, nº858

Enfermeira Orientadora: [REDACTED]

Docente: Prof.^a Doutora Maria da Graça Vinagre

Lisboa
Dezembro de 2018

No contexto do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, foi planeado e realizado estágio num Serviço de Urgência Pediátrica, que decorreu de 3 a 17 de Dezembro de 2018. Este contexto foi selecionado tendo em consideração os seus contributos para o desenvolvimento de saberes e competências comuns do enfermeiro especialista e de competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (EEESIP).

O Serviço de Urgência Pediátrica (SUP) do Hospital [REDACTED] possibilita o desenvolvimento de competências de diagnóstico precoce e intervenção nas situações de risco e doenças comuns com potencial para interferir negativamente na vida ou qualidade de vida da criança e do jovem, de “gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (Regulamento nº422/18, p. 19193) e comunicação adequada ao desenvolvimento e cultura da criança e do jovem. Este é um serviço onde é pertinente a identificação de *stressors* nos adolescentes, neste contexto, passíveis de ser minimizados ou evitados, uma vez que a admissão num serviço de urgência é uma experiência de *stress* significativa (Clift et al., 2007).

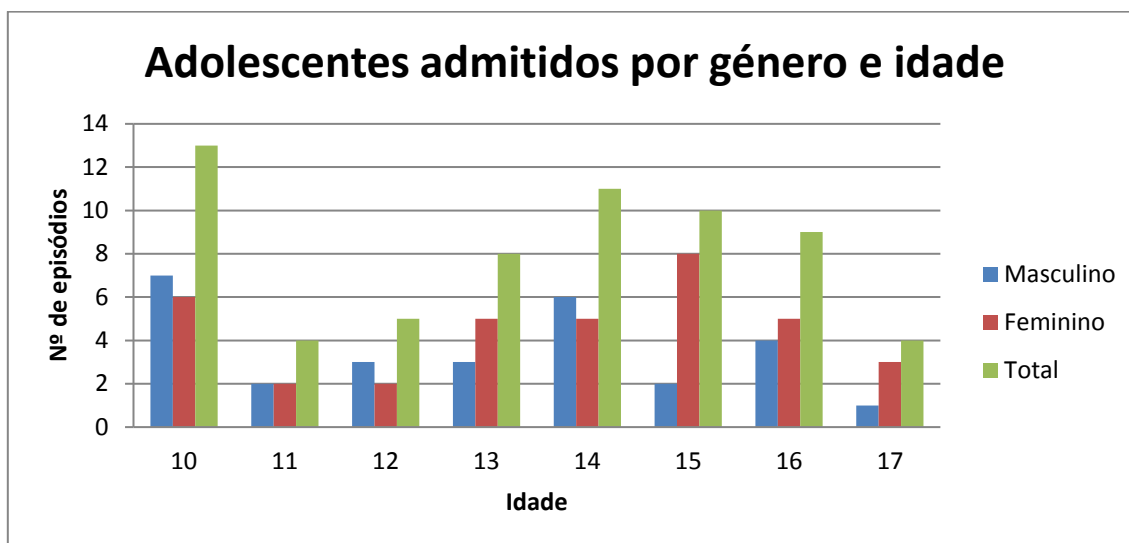
O SUP do [REDACTED] tem como população-alvo crianças desde o nascimento aos 18 anos menos um dia. Assegura cuidados de saúde à população dos concelhos de Almada, Sesimbra e Seixal.

Os adolescentes constituem um grupo etário habitualmente saudável que recorre aos serviços de saúde, maioritariamente, em situações de doença aguda (Abreu & Azevedo, 2012). Na presença de uma doença aguda ou agudização de uma doença crónica que requeira o internamento hospitalar, esta situação é frequentemente uma fonte de *stress*, difícil de gerir pelo próprio e pela sua família (Abreu & Azevedo, 2012).

Para se adequar o atendimento ao adolescente, é pertinente a identificação dos seus motivos de procura do serviço de urgência. Para tal, foi realizado o registo dos episódios de urgência durante o período de frequência em estágio para elaborar um registo desses dados. Considerando adolescente a pessoa entre os 10 e os 19 anos (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2014), foi possível identificar como principal motivo de procura de cuidados de saúde no SUP os problemas nos membros, resultante de situações de acidente (trauma ou queda).

De um total de 64 episódios de urgência de adolescentes registados, 43,75 % (N = 28) foram do género masculino e 56,25 % (N = 36) do género feminino, numa razão de 1:1,2. Os adolescentes com 10 anos de idade foram os que mais recorreram ao SUP (N = 13), seguindo-se os com idades entre os 14-16 anos, como pode ser observado no gráfico 1.

Gráfico 1. Distribuição dos adolescentes admitidos no SUP por idade e género



Os motivos de procura estão sistematizados no Quadro 1, estando descritos de acordo com a terminologia da Triagem de *Manchester*, sistema de triagem em vigor no SUP, cujos fluxogramas permitem identificar a principal queixa do adolescente independentemente da sua causa. A prioridade é atribuída em função do risco de vida que essa queixa representa para o adolescente (Santos, Freitas & Martins, 2013).

Quadro 1. Distribuição dos adolescentes por motivos de procura ao SUP

Fluxograma	Género		Total	
	Feminino	Masculino	N= 64	%
Asma	1	1	2	3,08%
Cefaleia	2		2	3,08%
Diarreia e/ou vómitos	2	2	4	6,25%
Dor abdominal na criança	5	2	7	10,94%
Dor de garganta	2		2	3,08%
Dor lombar/dorsal		1	1	1,56%
Dor torácica	3	1	4	6,25%
Embriaguez aparente	2		2	3,08%
Erupção cutânea	1	1	2	3,08%
Estado de consciência		2	2	3,08%
Feridas		1	1	1,56%
Infeções e abscessos		1	1	1,56%

Lesão toraco-abdominal		1	1	1,56%
Pais preocupados		1	1	1,56%
Problemas faciais		1	1	1,56%
Problemas nos membros	11	13	24	37,50%
Problemas oftalmológicos	1		1	1,56%
Problemas nos ouvidos	1		1	1,56%
Problemas urinários	2		2	3,08%
Traumatismo craneo-encefálico	1	1	2	3,08%
Quedas	1		1	1,56%
Total	36	28	64	100%

O motivo principal de procura do SUP pelos adolescentes corresponde ao fluxograma “problemas dos membros” (N = 24, 37,50%). Há a referir que o fluxograma não permite compreender a causa da queixa. Da observação realizada no posto de triagem e através da consulta dos processos clínicos, foi possível reconhecer os acidentes como a principal causa das queixas, sendo que uma queda, um comportamento de risco ou uma agressão resultou numa lesão nos membros inferiores ou superiores que originou dor, limitação funcional ou fratura.

De acordo com a OMS (2006) os acidentes na adolescência são a principal causa de morbilidade e mortalidade neste grupo etário, sendo a mortalidade dos adolescentes do género masculino dos 15 aos 17 anos, ao nível mundial, superior em 50% comparativamente com o género feminino. Os acidentes que mais frequentemente conduzem ao internamento hospitalar de adolescentes são as quedas e os acidentes de transporte (APSI, 2017).

Os “Problemas nos membros” foram mais prevalentes nos adolescentes do género masculino (N=13, 54,17%) comparativamente com as adolescentes (N=11, 45,83%). Estes resultados são congruentes com o estudo HBSC (Matos, Simões, Camacho, Reis & Equipa Aventura Social, 2014), realizado em colaboração com a OMS, no qual se conclui que os rapazes sofrem de mais lesões físicas que as raparigas, maioritariamente em recintos desportivos ou na escola, e que 45,7% dessas lesões requerem tratamento médico. Esta situação deve-se ao facto dos adolescentes do sexo masculino realizarem mais exercício físico que as adolescentes, e de preferirem desportos de grupo (Matos et al., 2014). É desta forma compreensível que 65%

das lesões que necessitaram de tratamento médico, no referido estudo, tenham ocorrido durante uma atividade desportiva ou recreativa (Matos et al., 2014).

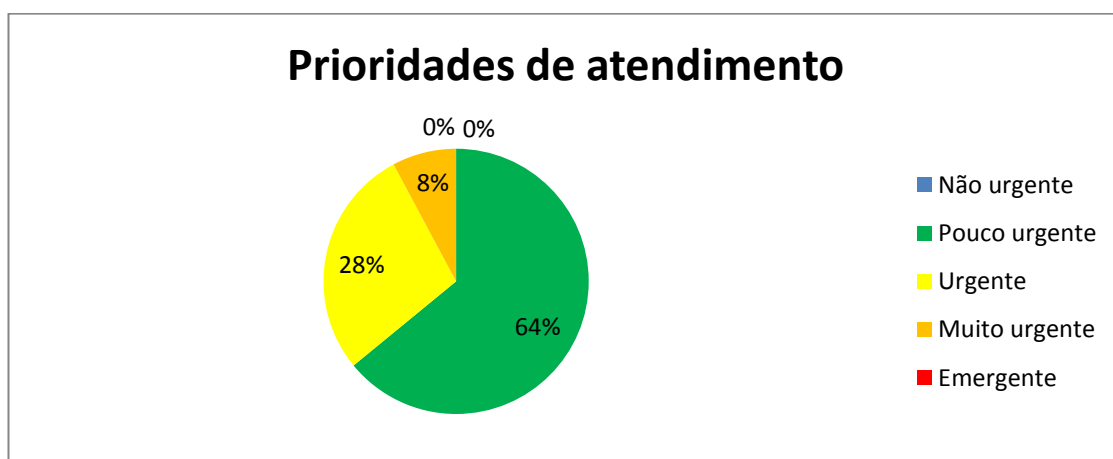
O segundo motivo de procura do SUP mais recorrente corresponde ao fluxograma “Dor abdominal na criança” (N=7, 10,94%), sendo significativa a diferença entre géneros, com 71,42% (N=5) do género feminino e 28,58% (N=2) do género masculino.

Comparando os motivos de procura do SUP entre géneros, constatou-se uma diferença de valores acima de 50% nos fluxogramas “Cefaleia” (N=2, 100%), “Dor abdominal” (N=5, 71,43%), “Dor de garganta” (N=2, 100%), “Dor torácica” (N=3, 75%), “Embriaguez aparente” (N=2, 100%) e “Problemas urinários” (N=2, 100%) nas adolescentes, e “Estado de consciência” (N=2, 100%) e problemas nos membros (N=13, 54,17%) nos adolescentes do género masculino.

O consumo de álcool na adolescência e consequente embriaguez constitui 3,08% dos motivos de procura do SUP. Estima-se que a idade média de experimentação de álcool seja de 13 anos, e a idade da primeira embriaguez 14 anos, sendo a cerveja a bebida alcoólica consumida com maior frequência (Matos et al., 2014). Esta é uma questão de saúde preocupante, dada a repercussão do consumo de álcool no aumento do risco de ocorrência de acidentes, violência, lesões e abandono escolar (OCDE/UE, 2016).

A prioridade de atendimento resultante da realização da triagem de *Manchester* traduz-se na atribuição de uma cor, que corresponde ao nível de urgência de atendimento. Assim, situações não urgentes correspondem à cor azul, pouco urgentes à cor verde, urgentes à cor amarela, muito urgentes a laranja e a situações emergentes atribui-se a cor vermelha (Santos, Freitas & Martins, 2013). Verificou-se que a prioridade maioritariamente atribuída aos adolescentes triados foi “Pouco urgente” (N=41, 64%), seguindo-se 28% (N=18) de situações urgentes e 8% (N=5) de situações muito urgentes (Gráfico 2). Não se verificou diferença entre géneros nas percentagens de atribuição de prioridade de atendimento. Não foi atribuída prioridade “Não Urgente” ou “Emergente” no período correspondente à colheita de dados.

Gráfico 2. Distribuição dos adolescentes por grau de prioridade de atendimento



Dada a prevalência da atribuição de prioridade “Pouco Urgente” aos adolescentes, o tempo médio de espera preconizado para observação médica é de 120 minutos. Contudo, é recorrente a existência de um tempo médio de espera superior, o que aumenta o medo e apreensão dos adolescentes (Clift, Dampier & Timmons, 2007). Está patente a necessidade de informação, característica deste grupo etário, que é fundamental para atenuar a intensidade do *stress* que experiencia (Abreu & Azevedo, 2012).

Através da identificação e sistematização dos motivos de procura dos adolescentes ao SUP do [REDACTED], será possível contribuir para a identificação dos fatores de *stress* que os adolescentes enfrentam neste contexto, bem como para a identificação dos *stressores* que estão presentes imediatamente antes da sua admissão no SUP como, por exemplo, a dor ou desconforto e a perda de controlo. Assim, espera-se que este documento seja um ponto de partida para a identificação e estruturação de intervenções de enfermagem que facilitem a diminuição e gestão do *stress* do adolescente e o ajudem a atingir resultados positivos desta vivência.

Referências Bibliográficas

Abreu, M. & Azevedo, A. I. M. (2012). O adolescente hospitalizado numa unidade de adolescentes: como facilitar a transição? *Adolescência & Saúde*, 9 (3), 21-28. Recuperado de http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=327.

Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2017). *25 Anos de Segurança Infantil em Portugal: Relatório de Avaliação 2017*. Lisboa, Portugal: APSI. Recuperado de http://www.apsi.org.pt/images/25anos/PDF/APSI_RELATORIO_SEGURANCA_INFANTIL_2017.pdf.

Clift, L., Dampier, S. & Timmons, S. (2007). Adolescents' experiences of emergency admission to children's wards. *Journal of Child Health Care*, 11(3), 195–207. Recuperado de <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1367493507079561>. doi: 10.1177/1367493507079561

Matos, M., Simões, C., Camacho, I., Reis, M., & Equipa Aventura Social (2014). *A Saúde dos Adolescentes Portugueses*. Portugal: HBSC. Recuperado de <http://www.aenfermagemasleis.pt/2014/12/19/a-saude-dos-adolescentes-portugueses-2014/>

Instituto Nacional de Estatística (2015). *Dia Mundial da Saúde*. Portugal: Instituto Nacional de Estatística. Recuperado de

https://www.ine.pt/xportal/xmain?xpid=INE&xpgid=ine_destaques&DESTAQUESdest_boui=26393315&DESTAQUESmodo=2&xlang=pt.

OCDE/UE (2016), *Health at a Glance: Europe 2016 – State of Health in the EU Cycle*. Paris, França: OECD Publishing. Recuperado de <http://dx.doi.org/10.1787/9789264265592-en>.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de qualidade dos cuidados especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros. Recuperado de https://www.ordemenfermeiros.pt/arquivo/colegios/Documents/MCEESIP_Regulamento_PQC_EE%20_SaudeCriancaJovem.pdf.

Organização Mundial de Saúde (2006). *Child and adolescent injury prevention: A WHO plan of action 2006-2015*. Genova, Switzerland: OMS. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43267/9241593385_eng.pdf?sequence=1.

Organização Mundial de Saúde (2014). *Health for the World's Adolescents: A second chance for the second decade*. Recuperado de <http://www.searo.who.int/indonesia/documents/health-for-world-adolescent-who-fwc-mca-14.05-eng.pdf?ua=1>.

Regulamento n° 122/11 de 18 de Fevereiro. (2011). *Diário da República n° 35/11, II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. Recuperado de <http://www.aper.pt/Ficheiros/competencias%20comuns.pdf>.

Regulamento n° 422/18 de 12 de Julho. (2018). *Diário da República n° 133/18, II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://dre.pt/application/conteudo/115685379>.

Santos, A. P., Freitas, P. & Martins, H. M. G. (2013). Manchester triage system version II and resource utilisation in emergency department. *Emerg Med J*, 0, 1-5. Recuperado de http://www.grupoportuguestriagem.pt/images/documentos/emergmedj2013jan%2023Epu_ahead_of_print.pdf. doi:10.1136/emermed-2012-201782

Apêndice IV. Guia de Acolhimento para Pais Adolescentes

Não hesite em colocar questões e esclarecer dúvidas.

Se não puder visitar ou acompanhar o seu bebé, telefone e fale com a equipa da UCIN para receber informações.

Desligue o telemóvel antes de entrar na UCIN.

Desinfete as mãos e vista uma bata antes de se dirigir para perto do seu bebé.

Fale com o seu bebé com tom suave e tente manter um ambiente silencioso e tranquilo.

Pode e deve tocar no seu filho. Pergunte ao enfermeiro acerca da melhor forma de o fazer.

Não mexa nos aparelhos da UCIN, a sua manipulação é exclusiva a profissionais.

Siga as recomendações da equipa de saúde.

Centro Hospitalar [REDACTED]
Hospital [REDACTED]
Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais
Rua [REDACTED]
Telf: [REDACTED]
Email: [REDACTED]

Elaborado por:
Enf.ª Ana Pinto, aluna 9º Curso
Mestrado em EESIP
Sob a orientação de:
Enf.ª EESIP [REDACTED]
Data: Outubro, 2018



GUIA DE ACOLHIMENTO

**Informações úteis para Pais Adolescentes e
Acompanhantes**

Centro Hospitalar [REDACTED]

Hospital [REDACTED]

Unidade de Cuidados Intensivos Neonatais

**Bem-vindos à Unidade de Cuidados Intensivos
Neonatais (UCIN)**

A UCIN presta cuidados a recém-nascidos prematuros ou com necessidades de cuidados especiais, com uma equipa multidisciplinar especializada em Neonatologia.

Para o desenvolvimento e conforto dos bebés é imprescindível a presença e participação dos pais nos cuidados prestados.

Ser mãe ou pai de um bebé prematuro ou com problemas de saúde graves provoca preocupação e ansiedade, em especial quando se é muito jovem. A equipa de saúde está atenta não só às necessidades do bebé como também às dos pais.



Por este motivo criou-se o folheto com informações relacionadas com a UCIN e os seus direitos enquanto mãe/pai adolescente.

Os profissionais de saúde da UCIN estão disponíveis para o ajudar, não hesite em esclarecer as suas dúvidas!

Direitos dos Pais Adolescentes

Os pais têm direito a receber informação clara e completa acerca da situação de saúde do seu filho, com linguagem simples.

Toda a informação é confidencial, partilhada apenas com os pais. Os pais têm direito a permanecer acompanhados por um familiar de referência, preferencialmente um dos avós do bebé.

Pode permanecer um dos pais e o acompanhante (avô/avó) a acompanhar o bebé durante todo o dia, ou ambos os pais. No período da noite pode permanecer um dos pais de acordo com a logística da UCIN.

Os pais têm direito a participar nos cuidados ao bebé, sempre que possível. Contudo, peça orientação ao enfermeiro.



A mãe tem direito a amamentar se a situação de saúde do bebé o permitir. Em caso de impossibilidade, pode extrair o seu leite para ser dado ao bebé por sonda ou por outra via adequada. Para saber mais acerca da extração de leite e o seu armazenamento correto, fale com um enfermeiro.

Um dos pais tem direito a almoço e jantar gratuito no refeitório do hospital, desde que permaneça junto do bebé por 6 horas.

Apêndice V. *Poster* e folheto informativo: “Prevenção de acidentes domésticos em crianças de 1 a 3 anos”

Realização de *poster* e folheto informativo sobre a prevenção de acidentes em crianças de 1 a 3 anos

Nas crianças entre os 1-3 anos de idade, a audição, o olfato, o paladar e o tato já estão mais desenvolvidos, o que motiva a exploração do ambiente que os rodeia com todos os sentidos. Um objeto será repetidamente examinado pela criança através do olhar, segurando e virando-o, podendo ainda cheirá-lo e prová-lo. A sua resistência também será frequentemente testada (Wilson, 2014). A percepção visual de profundidade ainda se encontra em desenvolvimento, sendo frequente as quedas. Esta é uma idade especialmente propensa a acidentes dada a fase de exploração e o desenvolvimento sensorial e da motricidade grosseira e fina (Wilson, 2014). A exploração do meio que rodeia a criança é essencial para o seu desenvolvimento, mas devido à sua imaturidade e incapacidade de reconhecer os riscos a que se expõe, a probabilidade de ocorrência de acidentes é superior (Organização Mundial de Saúde [OMS], 2006).

De acordo com o relatório de avaliação da Segurança Infantil da Associação para a Promoção da Segurança Infantil (APSI) de 2017, as quedas são o tipo de acidente que provoca mais internamentos de crianças dos 1 aos 4 anos, seguindo-se as intoxicações, acidentes de transporte e asfixia. Comparativamente com os restantes grupos etários, os *toddlers* são os que têm maior percentagem de acidentes por intoxicação, asfixia e afogamentos (APSI, 2017). Os acidentes são, muitas vezes, previsíveis, sendo possível a sua prevenção e a aposta na pro-atividade e ensino da população para reduzir a probabilidade da sua ocorrência, reduzindo-se a mortalidade e morbilidade subjacente a estes (OMS, 2006).

A prevenção de acidentes é um dos objetivos da consulta de saúde infantil e juvenil, uma vez que o incentivo à adoção de comportamentos promotores de saúde, em particular de comportamentos de segurança, irá diminuir o risco da sua ocorrência (Direção Geral da Saúde [DGS], 2013). A redução da taxa de mortalidade por acidente das crianças de 1 a 4 anos tem diminuído consideravelmente desde 1992, de 24,1% para 3,6% em 2015 (APSI, 2017).

Os cuidados antecipatórios, nomeadamente a transmissão de orientações aos pais ou cuidadores principais, são valorizados na UCSP e considerados fulcrais na promoção da saúde das crianças e jovens. São fornecidos conhecimentos e informações que permitem o exercício da parentalidade e a adequação dos cuidados à criança ou jovem garantindo o seu bem-estar e assegurando o seu desenvolvimento e o direito “a gozar do

melhor estado de saúde possível” (UNICEF, 1989, p.17; DGS, 2013; Regulamento 422/2018).

De acordo com o Programa Nacional de Saúde Infantil e Juvenil (DGS, 2013), a transmissão de cuidados antecipatórios também pode ser efetuada recorrendo à divulgação de informação pertinente na sala de espera, com pósteres e folhetos informativos.

Através da leitura de normas e procedimentos da consulta de saúde infantil, da prospeção de folhetos e outros materiais de educação para a saúde existentes na consulta e da observação e de conversas informais com a equipa de enfermagem, foi identificada a necessidade de realizar um *poster* sobre a prevenção de acidentes em *Toddlers*. Este foi desenvolvido com a supervisão da enfermeira orientadora, sendo posteriormente colocado na sala de espera. Foi ainda criado um folheto sobre o mesmo tema, que foi colocado num suporte ao lado do *poster*, de forma a estar acessível a todos os pais.

A realização desta atividade de estágio teve como objetivo a estimulação do “exercício adequado das responsabilidades parentais” (DGS, 2013, p. 10), através da adoção de medidas de segurança, que se traduzem em comportamentos potenciadores de saúde (DGS, 2013). Foi uma atividade especialmente gratificante, que contribuiu para o desenvolvimento das competências de EEESIP E1.1.3. “Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde” (Regulamento 422/18, p. 19193), E1.1.5. “Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde” (Regulamento 422/18, p. 19193), E3.1.1. “Demonstra conhecimentos sobre o crescimento e desenvolvimento” (Regulamento 422/18, p. 19194) e E3.1.3. “Transmite orientações antecipatórias às famílias para a maximização do potencial de desenvolvimento infanto-juvenil” (Regulamento 422/18, p. 19194).

Referências bibliográficas:

Associação para a Promoção da Segurança Infantil. (2017). *25 Anos de Segurança Infantil em Portugal: Relatório de Avaliação 2017*. Lisboa, Portugal: APSI. Recuperado de

http://www.apsi.org.pt/images/25anos/PDF/APSI_RELATORIO_SEGURANCA_INFANTIL_2017.pdf.

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

Organização Mundial de Saúde (2006). *Child and adolescent injury prevention: A WHO plan of action 2006-2015*. Genova, Switzerland: OMS. Recuperado de http://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/43267/9241593385_eng.pdf?sequence=1.

Regulamento n° 422/18 de 12 de Julho. (2018). *Diário da República n° 133/18, II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://dre.pt/application/conteudo/115685379>.

UNICEF (1989). *A Convenção sobre os Direitos da Criança*. Nações Unidas. Recuperado de http://www.unicef.pt/docs/pdf_publicacoes/convencao_direitos_crianca2004.pdf.

Wilson, D. (2014). Promoção da Saúde da Criança em Idade *Toddler* e da Família. (H. Pedro, trad.). In: M. J. Hockenberry & D. Wilson (eds), *Wong, Enfermagem da Criança e do Adolescente*. 9^a ed. Loures, Portugal: Lusociência; 2014:587-621.



Prevenção de acidentes domésticos em crianças de 1 a 3 anos

Recomendações

Nesta idade, os sentidos da criança estão mais desenvolvidos, o que os motiva a explorar o ambiente que os rodeia repetidamente, havendo maior risco de acidentes.



Para evitar acidentes certifique-se:



COZINHA:

- Os frutos secos (amendoins, nozes, avelãs), pequenos (uvas) ou com caroço (pêssego, nêspas) estão fora do alcance das crianças.
- Fornece alimentos partidos e sem espinhas ou caroços.
- Não dá alimentos duros e lisos.
- Os produtos de limpeza estão nas embalagens de origem e com os rótulos, bem fechados com tampa de segurança e armazenados em locais altos, fechados e longe dos alimentos.



- A mobília, prateleiras e estantes estão fixas à parede.

- Os objetos de decoração pesados foram retirados ou estão guardados fora do alcance das crianças.



- Os bicos dos móveis estão protegidos.

- As portas não têm chave e têm protetores para prevenir os entalões.

- Os armários com objetos cortantes e eletrodomésticos pequenos têm fechos ou limitadores de abertura.

- Os utensílios de cozinha, fósforos e isqueiros estão fora do alcance das crianças.



- Os adultos não bebem líquidos quentes nem cozinham com a criança ao colo.

- Utiliza os bicos de trás do fogão quando cozinha, com as pegas de frigideiras, tachos ou panelas viradas para trás e os eletrodomésticos utilizados nas bancadas estão encostados à parede.

- A cadeira alta de comer é estável.
- A cadeira de encaixar está colocada numa mesa estável e resistente.



- A toalha da mesa é sempre retirada antes de encaixar a cadeira.

ESCADAS:

- Coloque cancelas em cima e em baixo da escada e um corrimão.



JANELAS:

- As janelas têm limitadores de abertura e retira objetos que possam servir de degrau (vasos, bancos e alçófaros).



CASA DE BANHO:

- Medicamentos guardados em locais altos e fechados.
- Não toma medicamentos à frente das crianças para que não repitam essa ação com objetos semelhantes.
- Produtos de higiene guardados em armários altos e fechados.
- Para o banho da criança, coloca primeiro a água fria e só depois a água quente e tenha os produtos de higiene ao seu alcance.



SALA:

- Fios elétricos e extensões enrolados e atados, fora do alcance das crianças.
- As tomadas têm protetores.
- Aquecedores afastados das zonas de passagem, dos sofás, camas ou cortinados.
- Protege as lareiras e os aquecimentos fixos.



QUARTO:

- Berço estável, tem grades com o mínimo de 60 cm de altura e espaçamento 6 cm. A proteção almofadada está presa às grades.



- O bebé é deitado com os pés encostados ao fundo da ama, com a roupa até aos ombros.

- A cama de grades está afastada de janelas, cortinas e fios de estores.

- Os brinquedos são resistentes, não quebráveis e adequados à idade.



- Os brinquedos e objetos pequenos (menores 45mm), balões e sacos estão guardados fora do alcance das crianças.

Em caso de intoxicação, ligue imediatamente para o Centro de Informação Antivenenos
(808 250 143)

As precauções de segurança em casa ajudam a prevenir:

- Quedas
- Queimaduras
- Intoxicações
- Afixia
- Afogamento

Elaborado por: Ana Sofia Pinto, a frequentar
9º Curso de Mestrado EESIP na ESEL;
Sob a orientação de: Enf.ª Mestre
e Especialista em S. Infantil e Pediatria

- A mobília, prateleiras e estantes estão fixas à parede.

- Os objetos de decoração pesados foram retirados ou estão guardados fora do alcance das crianças.



- Os bicos dos móveis estão protegidos.

- As portas não têm chave e têm protetores para prevenir os entalões.

QUARTO:

- Berço estável, tem grades com o mínimo de 60 cm de altura e espaçamento 6 cm. A proteção almofadada está presa às grades.



- O bebé é deitado com os pés encostados ao fundo da cama, com a roupa até aos ombros.

A cama de grades está afastada de janelas, cortinas e fios de estores.

- Os brinquedos são resistentes, não quebráveis e adequados à idade.



- Os brinquedos e objetos pequenos (menores 45mm), balões e sacos estão guardados fora do alcance das crianças.

ESCADAS:

- Coloque cancelas em cima e em baixo da escada e um corrimão.



JANELAS:

- As janelas têm limitadores de abertura e retira objetos que possam servir de degrau (vasos, bancos e alguidares).



As precauções de segurança em casa ajudam a prevenir:

- Quedas
- Intoxicações
- Afogamento
- Queimaduras
- Axfixia

Em caso de intoxicação, ligue imediatamente para o Centro de Informação Antivenenos (808 250 143)

Elaborado por: Ana Sofia Pinto, a frequentar
9º Curso de Mestrado EEESIP na ESEL;
Sob a orientação de: Enf.ª Mestre
e Especialista em S. Infantil e Pediatria



Prevenção de acidentes domésticos em crianças de 1 a 3 anos

Recomendações

Equipa de Saúde Infantil



Nesta idade, os sentidos da criança estão mais desenvolvidos, o que os motiva a explorar o ambiente que os rodeia repetidamente, havendo maior risco de acidentes.



Para evitar acidentes certifique-se:



COZINHA:

- Os frutos secos (amendoins, nozes, avelãs), pequenos (uvas) ou com caroço (pêssego, nêspers) estão fora do alcance das crianças.
- Fornece alimentos partidos e sem espinhas ou caroços.
- Não dá alimentos duros e lisos.
- Os produtos de limpeza estão nas embalagens de origem e com os rótulos, bem fechados com tampa de segurança e armazenados em locais altos, fechados e longe dos alimentos.



- Os armários com objetos cortantes e eletrodomésticos pequenos têm fechos ou limitadores de abertura.
- Os utensílios de cozinha, fósforos e isqueiros estão fora do alcance das crianças.



- Os adultos não bebem líquidos quentes nem cozinham com a criança ao colo.
- Utiliza os bicos de trás do fogão quando cozinha, com as pegas de frigideiras, tachos ou panela viradas para trás e os eletrodomésticos utilizados nas bancadas estão encostados à parede.

- A cadeira alta de comer é estável.
- A cadeira de encaixar está colocada numa mesa estável e resistente.
- A toalha da mesa é sempre retirada antes de encaixar a cadeira.



CASA DE BANHO:

- Medicamentos guardados em locais altos e fechados.
- Não toma medicamentos à frente das crianças para que não repitam essa ação com objetos semelhantes.
- Produtos de higiene guardados em armários altos e fechados.
- Para o banho da criança, coloca primeiro a água fria e só depois a água quente e tenha os produtos de higiene ao seu alcance.



SALA:

- Fios elétricos e extensões enrolados e atados, fora do alcance das crianças.
- As tomadas têm protetores.
- Aquecedores afastados das zonas de passagem, dos sofás, camas ou cortinados.
- Protege as lareiras e os aquecimentos fixos.



**Apêndice VI. Tabela: “Diversificação alimentar no 1º ano de vida:
Ovolactovegetarianos, Lactovegetarianos e Vegan” e folheto
informativo**

Tabela de diversificação alimentar no 1º ano de vida: Ovolactovegetarianos, Lactovegetarianos e Vegan, e folheto informativo

A preocupação crescente da população com a alimentação conduziu a uma alteração de hábitos alimentares e ao aumento da população com uma dieta vegetariana, na qual decidem não consumir carne, peixe e/ou ovos e laticínios (Belchior, 2014). Esta decisão pode advir do respeito pelos direitos dos animais, de questões ambientais e de sustentabilidade e também por questões de saúde, nomeadamente de gestão de doenças crónicas ou promoção de estilos de vida saudáveis (Melin., Craig & Levin, 2016).

Os pais vegetarianos têm o desejo de integrar o seu bebé no mesmo estilo de vida e padrão alimentar. Contudo, devem ter em consideração a especificidade inerente à introdução alimentar do seu filho, sendo necessário informar-se junto dos profissionais de saúde, frequentemente enfermeiros de saúde infantil e pediatras em contexto de cuidados de saúde primários. Desta forma, é necessário que estes profissionais possuam conhecimentos sobre este tema. Porém, a informação existente está dispersa e não é clara, sendo comum a existência de dúvidas e dificuldade em realizar educação para a saúde e um aconselhamento informado nesta área. O enfermeiro especialista (EE) pauta pela aquisição diferenciada de conhecimentos técnicos e relacionais e pela promoção do desenvolvimento das aprendizagens profissionais dos seus colegas. Neste sentido, ao detetar esta dificuldade no contexto de estágio, foi consolidada a competência de EE D2.1 “Responsabiliza -se por ser facilitador da aprendizagem, em contexto de trabalho, na área da especialidade” (Regulamento 122/11, p.8653), no critério D2.1.2 “Diagnosticar necessidades formativas” (Regulamento 122/11, p.8653). Revelou-se pertinente a construção de uma tabela com um resumo acerca dos alimentos recomendados na introdução alimentar da criança durante o primeiro ano de vida. Esteve patente nesta atividade de estágio a intenção de promover “práticas de cuidados que respeitam os direitos humanos e as responsabilidades profissionais” (Regulamento 122/11, p. 8650), competência comum de EE, e competência de EEESIP E3.3.2. “Relaciona -se com a criança/jovem e família no respeito pelas suas crenças e pela sua cultura” (Regulamento 422/18, p.19194), na medida em que se pretende respeitar a opção dos pais em manter uma dieta vegetariana e um estilo de vida baseado no respeito pelo ambiente e pelos animais, permitindo a inclusão do bebé na família e nos seus costumes.

A pesquisa revelou-se um desafio, dada a dispersão da informação e a inexistência de documentos oficiais específicos sobre este tema. Há a salientar a iniciativa da Direção-

Geral da Saúde, que criou pela primeira vez em 2015 um documento orientador para os profissionais de saúde intitulado: Linhas de Orientação para uma Alimentação Vegetariana Saudável, dando atenção à variedade da alimentação vegetariana, as suas especificidades e o aumento da adesão da população a esta dieta. Este está enquadrado no Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (PNPAS), com o objetivo de melhorar o conhecimento e competência dos profissionais de saúde neste modelo de consumo alimentar, de forma a promover uma alimentação nutricionalmente equilibrada, melhorar o padrão alimentar desta população e, assim, melhorar o seu estado nutricional (PNAPAS, 2015). Apesar de possuir um enquadramento teórico fundamental, diversas tabelas nutricionais e recomendações, não possui uma indicação sobre a introdução alimentar durante o primeiro ano de vida, dirigindo-se à população adulta. Para dar resposta a outras questões relacionadas com a população pediátrica foi lançado em 2016 o documento “Alimentação Vegetariana em Idade Escolar” (DGS, 2016), para dar resposta às dificuldades relatadas pelos profissionais e à falta de material de suporte de qualidade, proveniente de evidência científica recente e de instituições públicas (DGS, 2016). Este documento, embora dirigido à população pediátrica e com tabelas com exemplos de alimentos a incluir na dieta, dirige-se à criança a partir dos 3 anos, sendo a sua utilidade limitada no âmbito da construção da tabela. Existe o consenso na literatura consultada que as dietas vegetarianas, quando equilibradas, permitem um crescimento e desenvolvimento adequado, mas que requerem o acompanhamento e vigilância de profissionais de saúde (Guerra et al., 2012; Belchior, 2014; DGS, 2016; Melina, Craig & Levin, 2016).

Tendo em consideração a variedade de produtos vegetais nacionais disponíveis, de qualidade, é possível manter uma dieta vegetariana diversificada (PNAPAS, 2016).

A construção da referida tabela permitiu aprofundar conhecimentos sobre esta temática e fornecer uma ferramenta de trabalho que será útil à equipa de enfermagem de Saúde Infantil da Unidade de Cuidados de Saúde Personalizados onde realizei estágio.

Tendo em vista o desenvolvimento de competências de enfermeira especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (EEESIP), este processo de identificação de uma necessidade, pesquisa e construção de um instrumento de trabalho, contribuiu para o desenvolvimento da competência E1. “Assiste a criança/jovem com a família, na maximização da sua saúde” (Regulamento 422/18, p., 19192) e E3.1. “Promove o crescimento e o desenvolvimento infantil” (Regulamento 422/18, p.19194) dado que se fornecem informações importantes para proporcionar uma dieta nutricionalmente adequada

às necessidades específicas do bebé durante o primeiro ano de vida, essencial para um desenvolvimento estatoponderal e neurológico adequado (PNAPAS, 2016).

Esta tabela foi adaptada para o formato de um folheto informativo, que será posteriormente fornecido a pais vegetarianos que se encontrem a iniciar a diversificação alimentar do seu filho. Na consulta de saúde infantil, em situação de educação para a saúde alimentar a pais vegetarianos, será realizada a leitura e interpretação da tabela, transmitidas orientações antecipatórias aos pais acerca dos alimentos a fornecer e como os preparar, e será por fim entregue o folheto e reforçada a informação fornecida. Estas atividades revelam a aquisição da competência E1.1.3. “Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde” (Regulamento 422/18, p.19193) e E1.1.5. “Procura sistematicamente oportunidades para trabalhar com a família e a criança/jovem no sentido da adoção de comportamentos potenciadores de saúde” (Regulamento 422/18, p.19193), reveladores de boas práticas de cuidados (OE, 2011).

Referências bibliográficas:

Belchior, V. (2014). *Nascer e Crescer Vegetariano: Guia de alimentação vegetariana na infância*. Lisboa, Portugal: Chiado Editora. Recuperado de: <https://books.google.pt/books?id=GCMvDgAAQBAJ&pg=PT117&lpg=PT117&dq=Mangels+R,+Messina+V,+Messina+M.+The+Dietitian%E2%80%99s+Guide+to+Vegetarian+Diets:+Issues+and+Applications.+3+ed.+ed:+Jones+%26+Bartlett+Learning:+2011.&source=bl&ots=F01Efe228X&sig=WFRV0cVJHUzFb2XIiWwfxa5sEoM&hl=pt-PT&sa=X&ved=2ahUKEwjkwaeD-rjeAhUDXMAKHeIIBbwQ6AEwBXoECAgQAQ#v=onepage&q=Mangels%20R%2C%20Messina%20V%2C%20Messina%20M.%20The%20Dietitian%E2%80%99s%20Guide%20to%20Vegetarian%20Diets%3A%20Issues%20and%20Applications.%203%20ed.%20ed%3A%20Jones%20%26%20Bartlett%20Learning%3B%202011.&f=false>.

Guerra, A., Rêgo, C., Silva, Ferreira, G. C., Mansilha, H., Antunes, H., & Ferreira, R. (2012). Alimentação e nutrição do lactente. *Acta Pediátrica Portuguesa*, 43(2), 17-40. Recuperado de http://www.spp.pt/UserFiles/file/Protocolos/Alimentacao_Nutricao_Lactente.pdf.

Melina, V., Craig, W., & Levin, S. (2016). Position of the Academy of Nutrition and Dietetics: Vegetarian Diets. *Journal Of The Academy Of Nutrition And Dietetics*, 116(12),

1970- 1980. Recuperado de: http://www.sonve.eu/wp-content/uploads/2017/10/AND-2016_position_veg.pdf.

Ordem dos Enfermeiros (2011). *Regulamento dos Padrões de Qualidade nos Cuidados Especializados em Enfermagem de Saúde da Criança e do Jovem*. Lisboa, Portugal: Ordem dos Enfermeiros.

Programa Nacional Para a Promoção da Alimentação Saudável (2015). *Linhas de Orientação para uma Alimentação Vegetariana Saudável*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. Recuperado de https://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1444910720LinhasdeOrienta%C3%A7%C3%A3oparaumaAlimenta%C3%A7%C3%A3oVegetarianaSaud%C3%A1vel.pdf.

Programa Nacional para a Promoção da Alimentação Saudável (2016). *Alimentação Vegetariana em Idade Escolar*. Lisboa, Portugal: Direção-Geral da Saúde. Recuperado de https://www.alimentacaosaudavel.dgs.pt/activeapp/wp-content/files_mf/1460120952Alimentac%C3%A7%C3%A3oVegetarianaemIdadeEscolar.pdf.

Regulamento nº 122/11 de 18 de Fevereiro. (2011). *Diário da República nº 35/11, II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. Recuperado de <http://www.aper.pt/Ficheiros/competencias%20comuns.pdf>.

Regulamento nº 422/18 de 12 de Julho. (2018). *Diário da República nº 133/18, II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://dre.pt/application/conteudo/115685379>.

Rodrigues, C. (2006). *O bebé vegetariano*. Recuperado de <http://www.centrovegetariano.org/Article-22-O-beb--vegetariano.html>.

Tabela de diversificação alimentar no 1º ano de vida: Ovolactovegetarianos, Lactovegetarianos e Vegan

Idade	Introdução alimentar	
0-4 meses	Leite materno exclusivo Fórmula láctea standard sem glúten Fórmula láctea standard com proteína de soja	
4-6 meses	Leite materno Fórmula láctea standard sem glúten Fórmula láctea standard com proteína de soja	} 3 a 4x dia
<u>Sopa ou puré de legumes - 1 refeição/dia</u> Base da sopa com 4 destes ingredientes: batata, cenoura ou abóbora, cebola, alho, alho francês, curgete, brócolos, feijão-verde, alface, couve branca. Adicionar no final da cozedura 1 colher de chá de azeite Quantidades: 50 a 100 g legumes+1 batata+150 ml água+ 1 colher chá de azeite Introduzir um novo legume a cada 3-4 dias. Sem sal. <u>Fruta assada ou cozida e passada - Sobremesa ou refeição isolada.</u> Pera, maçã ou banana esmagada 20 a 30 g inicialmente <u>Papa láctea ou não láctea sem glúten - 1 refeição/dia</u> 3 semanas após o início da sopa. Sabores simples (iniciar com papa de arroz) Preparação: 3 a 5 colheres rasas de sopa de “farinha”+150 ml de água ou leite (materno ou adaptado)		

Idade	Introdução alimentar	
6-7 meses	Leite materno	} 2-3 x dia
	Fórmula láctea <i>standard</i> com glúten	
	Fórmula láctea <i>standard</i> com proteína de soja	
	<u>Papa com glúten - 1 x dia (lanche)</u>	
<u>Sopa de legumes - 2 x dia (almoço e jantar)</u>		
<u>Fruta cozida ou assada e passada - Após a sopa e não como uma refeição isolada.</u>		
Pera, maçã ou banana esmagada		
7-9 meses	Leite materno	} 2-3 x dia
	Fórmula láctea <i>standard</i> com glúten	
	Fórmula láctea <i>standard</i> com proteína de soja	
	<u>Sopa de legumes - 2 refeições/dia (Alm e Jt)</u>	
Com alimentos ricos em proteínas:		
Puré de tofu (bem cozido) – 2 colheres de sopa misturados na sopa de legumes		
Leguminosas – Feijão frade, feijão branco, lentilhas e ervilhas, sem casca, bem cozidas e reduzidas a puré		
<u>Fruta rica em vitamina C:</u> Melão, meloa, melancia, papaia, manga, mamão, pera abacate		
Introduzir uma fruta de cada vez, com 3 dias de intervalo.		
Após a sopa, ou como uma refeição isolada		
<u>Papa láctea com glúten - 1x dia (lanche)</u>		
Evitar sumos (acidez, habituação ao sabor do açúcar)		

Idade	Introdução alimentar
9-11 meses	<u>Iogurte</u> Ovolactovegetarianos e Lactovegetarianos 150 ml/dia Natural e sem aromas Pode adicionar fruta fresca <u>Gema de ovo</u> Ovolactovegetarianos ½ gema cozida misturada na sopa de legumes, em substituição da proteína, por semana, durante 3 semanas. Passa depois a 1 gema por sopa. Não consumir mais que 1 gema por refeição e 3 gemas por semana.
11 meses	<u>Derivados de soja</u> Queijo de soja, iogurte de soja e tempeh Pode introduzir grão de bico e favas
+12 meses	Ovolactovegetarianos e Lactovegetarianos: <u>Leite de vaca</u> - Máx 500 ml/dia Vegan: manter leite habitual até aos 24 M Pode iniciar sal

Notas importantes

Suplementação:

Vit D - 1 gota/dia

Vit B12 - para bebé e mãe, 0,4 mcg/dia (dose recomendada)

Ferro – se a mãe estiver a amamentar e não garantir uma dieta rica em ferro

Zinco - Iniciar suplementação aos 4 meses

(Se o bebé estiver a fazer **leite adaptado**, não é necessário fazer suplementação com vit B12 e ferro. Estes estão incluídos na composição do leite)

A mãe pode realizar uma alimentação rica em algas, para aumentar a DHA

Até aos 12 meses evitar:

Quivi, morango, maracujá, frutos silvestres e citrinos

Frutos secos

Não introduzir antes dos 12 meses

Nabo, nabiça, beterraba, aipo e espinafres

Algas: nori, wakame e arame (habitualmente com baixo teor em iodo), em pequenas quantidades. Não se recomenda consumo da alga hijiki.

Não introduzir antes dos 24 meses

Bebidas de soja, amêndoa e de arroz

Elaborado por: Ana Sofia Pinto, Aluna do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de ESIP.

Sob a orientação de: Enfª Mestre e Especialista em Saúde Infantil e Pediatria [REDACTED].

Lisboa, Novembro de 2018

9-12 meses



IOGURTE (9M)

- ovolactovegetarianos e lactovegetarianos :
- 150 ml/dia;
- Natural, sem aromas e sem aditivos (açúcar, mel ou natas);
- Pode adicionar fruta fresca.



GEMA DE OVO (9M)

- ovolactovegetarianos:
- ½ gema cozida misturada na sopa de legumes, em substituição da proteína, por semana, durante 3 semanas.
- Passa depois a 1 gema por sopa.
- Não consumir mais que 1 gema por refeição e 3 gemas por semana.

CLARA DE OVO (11M)

- ovolactovegetarianos:
- 1 a 2 ovos por semana.



DERIVADOS DE SOJA (11M):

- Queijo de soja, iogurte de soja e tempeh.



LEGUMINOSAS E LEGUMES VERMELHOS:

- Pode iniciar favas, grão de bico, beringela, tomate, couve roxa;
- Demolhar, cozer e tirar a casca.

A partir dos 12 meses:



LEITE DE VACA - Ovolactovegetarianos e Lactovegetarianos: Máx 500 ml/dia
Vegan: manter leite habitual até aos 24 M

Pode iniciar:

- Sal em pequenas quantidades;
- kiwi, morango, maracujá, frutos silvestres, citrinos e frutos secos;
- Nabo, nabiça, beterraba, aipo e espinafres
- Algas: nori, wakame e arame, em pequenas quantidades. Não se recomenda consumo da alga hijiki.

Dieta saudável, variada e equilibrada, igual à da família.

Suplementos:

- Vit D durante o primeiro ano de vida;
- Vit B12;
- Aconselhe-se junto da equipa de saúde acerca da necessidade de suplemento de ferro e zinco;

Elaborado por: Ana Sofia Pinto, a frequentar
9º Curso de Mestrado EEESIP na ESEL;
Sob a orientação de: Enf.ª Mestre
e Especialista em S. Infantil e Pediatria



**Alimentação Vegetariana
no 1º ano de vida**

Recomendações



A introdução de alimentos durante o primeiro ano de vida é um novo período da vida do seu bebé. Para um crescimento e desenvolvimento saudável do seu bebé, é indispensável o acompanhamento, aconselhamento e supervisão da dieta pela equipa de saúde.

Riscos:

- Desnutrição;
- Restrição do crescimento;
- Compromisso do desenvolvimento psicomotor;
- Anemia;
- Défice de micronutrientes, p. ex., vit D, vit B12, Ferro, Zinco, Omega-3.

Benefícios:

- Menor risco de doenças cardiovasculares;
- Menor colesterol;
- Menor risco de obesidade;
- Maior ingestão de frutas e vegetais;
- Dieta diversificada.

Esclareça as suas dúvidas no Centro de Saúde



Leite Materno exclusivo 0-6 Meses:

- Fórmula láctea standard sem glúten, ou
- Fórmula láctea standard com proteína de soja.

Não introduzir antes dos 24 M:

- Bebidas de soja, amêndoa e de arroz.

4-6 meses

Pode iniciar a introdução de alimentos aos 4 meses (O mais próximo possível dos 6 meses)
Substitua 1 refeição por sopa, papa ou fruta.



SOPA ou puré de legumes (sem sal):

- Base da sopa com 4 destes ingredientes: batata, cenoura ou abóbora, cebola, alho, alho francês, curgete, brócolos, feijão-verde, alface, couve branca.
- Adicionar no final da cozedura 1 colher de chá de azeite (5 ml).
- Quantidades: 50 a 100 g legumes+1 batata +150 ml água+ 1 colher chá de azeite.
- Introduzir um novo legume a cada 3-4 dias.



FRUTA:

- Pêra, maçã (crua, assada ou cozida) ou banana passada
- 20 a 30 g inicialmente
- Como sobremesa ou refeição isolada
- PAPA:**
- Láctea (preparar com água) ou não láctea (preparar com leite habitual do bebé).
- Não adicionar açúcar.
- Dar sopa, papa ou fruta à colher e sentado

6-7 meses

- 1 sopa+ fruta por dia e 1 papa com glúten;
- Bebés que se alimentem de fórmula láctea, podem iniciar fórmulas com glúten.

7-9 meses



SOPA ou puré de legumes com alimentos ricos em proteínas:

- Sem sal;
- Puré de tofu (bem cozido) - 2 colheres de sopa misturados na sopa de legumes.
- Leguminosas - Feijão frade, feijão branco, lentilhas e ervilhas, sem casca, bem cozidas e reduzidas a puré.
- A partir dos 8M pode dar 2 sopas por dia.



FRUTA rica em vitamina C:

- Melão, meloa, melancia, papaia, manga, mamão e pêra abacate;
- Não dar morango, frutos silvestres, citrinos, kiwi e maracujá (só após os 12 meses);
- Não adicionar açúcar ou mel.
- Introduzir uma fruta de cada vez, com 3 dias de intervalo.
- Dar preferência a frutas da época.

8 meses



PÃO (8M):

- Como açorda ou em pedaços para treino da mastigação; acompanhado de legumes.

Apêndice VII. Documento Orientador de Estágio para a UIA

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA

**9º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO DE
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA**

Unidade Curricular de Estágio com Relatório

DOCUMENTO ORIENTADOR DE ESTÁGIO

Unidade de Adolescentes do Hospital [REDACTED]

Elaborado por:

Ana Sofia Prata Baptista Pinto

([REDACTED]@gmail.com)

Docente: Prof.^a Doutora Maria da Graça Vinagre

([REDACTED]@esel.pt)

Lisboa

Janeiro de 2019

Nota Introdutória

No contexto do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, foi proposta a realização do presente guia orientador de estágio, com o objetivo de explanar de forma sucinta e clara o projeto de estágio, intitulado **“O Enfermeiro Especialista como Promotor da Gestão do *Stress* no Adolescente em Internamento Hospitalar”**. Este projeto pretende contribuir para o desenvolvimento contínuo e garantia da qualidade dos cuidados prestados, através do desenvolvimento de saberes e competências comuns do enfermeiro especialista e de competências específicas de enfermeiro especialista em enfermagem de saúde infantil e pediátrica (EEESIP).

A definição da temática do projeto surge no contexto de prestação de cuidados a adolescentes internados em meio hospitalar na Unidade [REDACTED] do Hospital [REDACTED], local onde exerço funções de enfermeira há 10 anos. Este grupo etário despertou-me especial interesse pelas suas características únicas e desafios que coloca diariamente à equipa de enfermagem onde me insiro. Emergiu a necessidade de compreender os fatores de *stress* que os adolescentes enfrentam neste contexto, como reagem e desenvolvem estratégias de *coping* face aos problemas. Especificamente, que fatores individuais e ambientais influenciam o processo e que sentido atribuem aos eventos stressantes, para identificar e estruturar intervenções de enfermagem direcionadas diretamente para o adolescente e indiretamente através dos pais e da modificação do ambiente, que facilitem a gestão do *stress* do adolescente e o ajudem a atingir *outcomes* positivos desta vivência (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008; Seiffge-Krenke, Aunola & Nurmi, 2009; Ryan-Wenger, Wilson & Broussard, 2012). Foram assim definidos como objetivos gerais deste projeto:

1. Desenvolver competências de EEESIP no cuidado à criança, ao jovem e sua família nas diferentes etapas do desenvolvimento e contextos onde se encontrem;
2. Desenvolver estratégias de intervenção promotoras da gestão de *stress* do adolescente em internamento hospitalar.

O percurso de estágio, em diferentes contextos, decorrerá de 24 de Setembro de 2018 a 6 de Fevereiro de 2019, sendo que o estágio na Unidade [REDACTED] realiza-se de 3 de Janeiro a 6 de Fevereiro de 2019. Os objetivos específicos delineados bem

como as atividades e as competências a desenvolver durante este estágio serão apresentados de seguida em forma de quadro.

Breve Contextualização da Problemática

Os adolescentes encontram-se internados maioritariamente em serviços de pediatria, pouco adaptados às suas necessidades específicas, o que aumenta a intensidade de *stress* que vivenciam (Smith, 2004; Clift, Dampier & Timmons, 2007; Branco, Brito, Fonseca & Ribeiro, 2009; Abreu & Azevedo, 2012). A hospitalização constitui uma interrupção no processo de desenvolvimento do adolescente, podendo ter efeitos negativos no seu desenvolvimento e no bem-estar psicológico (Barros, 2003; Smith, 2004). Esta situação vem habitualmente contribuir como mais um fator de desequilíbrio para o adolescente, sendo comum sentimentos de revolta, frustração, solidão, tristeza e preocupação devido à quebra do seu quotidiano, ao afastamento do grupo de pares e da família (Branco et al., 2009). Estão inseridos num ambiente estranho, sujeitos a rotinas com horários rígidos, normas e procedimentos, e estão expostos a situações adversas que podem ser dolorosas e invasivas (Barros, 2003; Figueiredo et al., 2015; Carvalho, Silva, Machado & Rosa, 2016). Desta forma, o *stress* é uma experiência significativa durante a admissão do adolescente a um serviço de urgência e permanência num serviço de internamento hospitalar (Clift et al., 2007).

Na adolescência os indivíduos são expostos a novos fatores de *stress* com os quais ainda não lidaram e para os quais não desenvolveram estratégias de *coping*. Assim, os processos de *coping* são determinantes para o seu bem-estar psicológico (Raimundo & Pinto, 2006).

A exposição ao *stress* pode resultar em *outcomes* positivos ou negativos consoante a forma como os adolescentes lidam com as situações de *stress*, pois os erros, reveses e dificuldades são oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento de estratégias de *coping* para situações futuras (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008). O internamento hospitalar pode, assim, ser uma oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento, podendo adquirir competências de controlo da ansiedade, medo e dor, desenvolver estratégias de confronto e adquirir a perceção da autoeficácia (Bandura, 1988; Barros, 2003; Serra, 2005).

Objetivos, atividades e competências a desenvolver

Objetivo Geral 1: Desenvolver competências de EEESIP no cuidado à criança, jovem e sua família nas diferentes etapas do desenvolvimento e contextos onde se encontrem		
Objetivo específico 1.2: Promover comportamentos potenciadores de saúde, estilos de vida saudáveis e a gestão do plano de saúde no sentido da maximização da saúde da criança e do jovem		
Atividades	Recursos	Competências/Unidades de competência
- Prestação de cuidados de enfermagem especializados ao adolescente e sua família, integrando a equipa multidisciplinar; - Observação do enfermeiro orientador na orientação às famílias de adolescentes com necessidade de apoio na comunidade;	- Bases de dados para pesquisa de bibliografia; - Manuais, normas e procedimentos do serviço; - Recursos humanos: Enfermeira orientadora, adolescentes e pais ou família.	E1.2 -“Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (Regulamento 422/18, p. 19193); E2.4 -“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” (Regulamento 422/18, p. 19193); E2.5 –“Promove a adaptação da criança/jovem e família à doença crónica, doença oncológica, deficiência/incapacidade” (Regulamento 422/18, p. 19193); E3.3 –“Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (Regulamento 422/18, p. 19194); E3.4 –“Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde” (Regulamento 422/18, p. 19194).

Objetivo Geral 2: Desenvolver estratégias de intervenção promotoras da gestão de *stress* do adolescente em internamento hospitalar

Objetivo específico 2.1: Identificar os fatores de *stress* dos adolescentes em situação de internamento hospitalar

Atividades	Recursos	Competências/Unidades de competência
- Pesquisa bibliográfica; - Elaboração de <i>checklist</i> dos fatores de <i>stress</i> do adolescente internado, com base na literatura; - Observação do contexto e da interação entre enfermeiro, adolescente e família, utilizando a <i>checklist</i> elaborada; - Elaboração e aplicação de questionário aos enfermeiros da UA sobre o tema; - Tratamento dos dados obtidos nos questionários; - Dinamização na sala de atividades com mesa redonda com adolescentes internados na UIA para abordagem do tema; - Realização de resumo das ideias-chave emergentes da dinâmica de grupo (mesa redonda) com os adolescentes; - Apresentação (se possível) dos resultados à equipa de saúde da UIA;	- Computador e retroprojektor para apresentação <i>powerpoint</i>; - Bases de dados para pesquisa de artigos relevantes; - <i>Checklist</i> e questionário elaborados; - Enfermeiros, adolescentes e suas famílias.	B3 – “Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro” (Regulamento nº 122/11, p. 8651); B3.1 – “Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos indivíduos/grupo” (Regulamento nº 122/11, p.8651); E1.2 -“Diagnostica precocemente e intervém nas doenças comuns e nas situações de risco que possam afetar negativamente a vida ou qualidade de vida da criança/jovem” (Regulamento 422/18, p. 19193), desenvolvida nos critérios E1.2.3-“ Identifica evidências fisiológicas e emocionais de mal -estar psíquico”, E1.2.4- “Identifica situações de risco para a criança e jovem (ex. maus tratos, negligência e comportamentos de risco)” e E1.2.7-“Avalia conhecimentos e comportamentos da criança/jovem e família relativos à saúde” (Regulamento nº422/18, p. 19193).

Objetivo específico 2.2: Desenvolver intervenções de enfermagem promotoras da gestão do *stress* pelo adolescente

- Pesquisa bibliográfica; - Elaboração de <i>checklist</i> com intervenções utilizadas pelos enfermeiros para promover a gestão do <i>stress</i> pelo adolescente internado; - Planeamento e execução de intervenções de enfermagem facilitadoras da gestão do <i>stress</i>, favorecendo o <i>coping</i> do adolescente internado; - Realização de registos de enfermagem e plano de cuidados em <i>SClinico</i> que incluam os focos: Adaptação, Coping, Auto-controlo, <i>Stress</i> por mudança de ambiente e <i>Stress</i> do Prestador de cuidados; - Elaboração de análise reflexiva sobre a aprendizagem e experiência.	- Bases de dados para pesquisa de artigos; -<i>Checklist</i> elaborada; -Questionário elaborado; -Recursos humanos: Enfermeira de referência, enfermeiros, adolescente e pais/família.	B3–“Cria e mantém um ambiente terapêutico seguro”; B3.1 – “Promove um ambiente físico, psicossocial, cultural e espiritual gerador de segurança e protecção dos indivíduos/grupo“ (Regulamento nº 122/11, p.8651); C2–“Adapta a liderança e a gestão dos recursos às situações e ao contexto visando a optimização da qualidade dos cuidados.” (Regulamento nº 122/11, p.8652); E1.1–“Implementa e gere, em parceria, um plano de saúde, promotor da parentalidade, da capacidade para gerir o regime e da reinserção social da criança/jovem” (Regulamento 422/18, p.19193), nos critérios E1.1.1- “Negoceia a participação da criança/jovem e família em todo o processo de cuidar, rumo à independência e ao bem –estar”; E1.1.2-“Comunica com a criança/jovem e a família utilizando técnicas apropriadas à idade e estágio de desenvolvimento e culturalmente sensíveis”; E1.1.3-“Utiliza estratégias motivadoras da criança/jovem e família para a assunção dos seus papéis em saúde”; E1.1.4-“Proporciona 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” (Regulamento nº422/18, p. 19193).
---	---	---

		E2.2-“gestão diferenciada da dor e do bem-estar da criança/jovem, otimizando as respostas” (Regulamento nº 422/18, p. 19193), no critério E2.2.1-”Aplica conhecimentos sobre saúde e bem -estar físico, psicossocial e espiritual da criança/jovem” (Regulamento nº422/18, p. 19193); E2.5-nos critérios E2.5.2-“Capacita a criança em idade escolar, o adolescente e a família para a adoção de estratégias de coping e de adaptação” (Regulamento nº422/18, p. 19193), E2.5.3-“ Promove a relação dinâmica com crianças/jovens e famílias com adaptação adequada”, E2.5.4-“ Adequa o suporte familiar e comunitário” (Regulamento nº422/18, p. 19194); E3.3-“Comunica com a criança e família de forma apropriada ao estágio de desenvolvimento e à cultura” (Regulamento nº422/18, p. 19194); E3.4- “Promove a autoestima do adolescente e a sua autodeterminação nas escolhas relativas à saúde”, critérios E3.4.1 –“Facilita a comunicação expressiva de emoções” e E3.4.2- “Reforça a imagem corporal positiva se necessário” (Regulamento nº422/18, p. 19194).
--	--	---

Referências Bibliográficas

Abreu, M. & Azevedo, A. I. M. (2012). O adolescente hospitalizado numa unidade de adolescentes: como facilitar a transição? *Adolescência & Saúde*, 9 (3), 21-28. Recuperado de http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=327.

Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press, 1998). Recuperado de <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1994EHB.pdf>.

Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: Perspectiva Desenvolvimentista*. Lisboa, Portugal: CLIMEPSI Editores.

Branco, A. M., Brito, M. A., Fonseca, S. R. & Ribeiro, S. (2009). Intervenção do enfermeiro junto do adolescente/família hospitalizado. *Enformação*, 14-17. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.17/786>.

Carvalho, M. D. R., Silva, J. M. T., Machado, M. T. M. C. S. & Rosa, A. G. S. (2016). Ansiedade em Adolescentes: Efeitos de um Programa de Preparação Psicológica para a Hospitalização. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (16), 19-26. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0153>.

Clift, L., Dampier, S. & Timmons, S. (2007). Adolescents' experiences of emergency admission to children's wards. *Journal of Child Health Care*, 11(3) 195–207. Recuperado de <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1367493507079561>. doi: 10.1177/1367493507079561

Figueiredo, A. M. S., Almeida, C. M. S, Santos, M. M. O. & Carneiro, C. F. (2015). Vivências dos adolescentes durante a hospitalização num serviço de pediatria. *Referência*. Série IV (6), 105-114. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-2832015000600012.

Raimundo, R. P. & Pinto, M. P. M. (2006). Stress e estratégias de coping em crianças e adolescentes em contexto escolar. *Aletheia*, (24), 9-19. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1150/115013462002.pdf>.

Regulamento nº 122/11 de 18 de Fevereiro. (2011). *Diário da República nº 35/11, II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. Recuperado de <http://www.aper.pt/Ficheiros/competencias%20comuns.pdf>.

Regulamento nº 422/18 de 12 de Julho. (2018). *Diário da República nº 133/18, II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://dre.pt/application/conteudo/115685379>.

Ryan-Wenger, Wilson & Broussard (2012). Stress, Coping and Health in Children. In Rice, V. H. (Ed.). *Handbook of stress, coping, and health: implications for nursing research, theory, and practice* (2ª ed., pp. 226-253). Thousand Oaks, CA, USA: Sage Publications. Recuperado de <https://books.google.pt/books?id=TMVxBf0lHwC&pg=PA305&lpg=PA305&dq=Stress,+coping,+and+adolescent+health&source=bl&ots=vGWFTEN5ir&sig=jctPICyUPM01EmQlFjT3igJCyoQ&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwiQ68Lqhu3bAhUFO8AKHQRBfk4ChDoAQhcMAY#v=onepage&q=Stress%2C%20coping%2C%20and%20adolescent%20health&f=false>.

Seiffge-Krenke, I., Aunola, K. & Nurmi, J. (2009). Changes in Stress Perception and Coping During Adolescence: The Role of Situational and Personal Factors. *Child Development*, 80 (1), 259 – 279. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-8624.2008.01258.x/epdf>. doi: 10.1111/j.1467-8624.2008.01258.x

Serra, A. V. (2005). *O Stress na vida de todos os dias* (3ª ed.). Coimbra, Portugal: Adriano Vaz Serra.

Smith, S. (2004). Adolescent units - an evidence-based approach to quality nursing in adolescent care. *European Journal of Oncology Nursing*, 8, 20–29. Recuperado de https://ac.els-cdn.com/S1462388903000577/1-s2.0-S1462388903000577-main.pdf?_tid=1fb79618-0aa9-48b9-91f6-bf90074a36a6&acdnat=1520638418_6e6f306905a7ad1024784149f918ad37. doi: 10.1016/S1462-3889(03)00057-7

Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2008). Adolescents' coping with stress: development and diversity. *Prevention Researcher*, 15, 3-7. Recuperado de https://www.pdx.edu/sites/www.pdx.edu.psy/files/media_assets/7_Zimmer-Gembeck_Skinner_AdolCoping_PreventionResearcher.pdf.

**Apêndice VIII. *Checklist* dos fatores de *stress* do adolescente
internado**

Checklist dos fatores de stress do adolescente internado

Os adolescentes são um grupo etário habitualmente saudável que recorre aos serviços de saúde, maioritariamente, em situações de doença aguda (Abreu & Azevedo, 2012). A presença de uma doença aguda ou agudização de uma doença crónica que requeira o internamento hospitalar é, frequentemente, uma situação de *stress*, difícil de gerir pelo próprio e pela sua família (Abreu & Azevedo, 2012).

Os *stressores* dividem-se em duas grandes categorias: normativas e não-normativas, que influenciam o bem-estar do adolescente. As primeiras dizem respeito aos *stressores* do quotidiano, relacionados com o desenvolvimento, com as relações interpessoais com o grupo de pares, pais ou irmãos e os relacionados com a escola, como dificuldade no aproveitamento escolar (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008; Seiffge-Krenke, Aunola & Nurmi, 2009; Ryan-Wenger, Wilson & Broussard, 2012). As segundas correspondem aos *stressores* derivados de experiências traumáticas ou excecionais, nas quais se incluem a doença aguda e inesperada, que pode requerer o internamento hospitalar (Ryan-Wenger, Wilson & Broussard, 2012).

A hospitalização constitui uma interrupção no processo de desenvolvimento do adolescente, podendo ter efeitos negativos no seu desenvolvimento e no bem-estar psicológico (Barros, 2003; Smith, 2004). Esta situação vem habitualmente contribuir como mais um fator de desequilíbrio para o adolescente, sendo comum sentimentos de revolta, frustração, solidão, tristeza e preocupação devido à quebra do seu quotidiano, ao afastamento do grupo de pares e da família (Branco et al., 2009). Desta forma, o *stress* é uma experiência significativa durante a admissão do adolescente a um serviço de urgência e permanência num serviço de internamento hospitalar (Clift, Dampier & Timmons, 2007).

Os *stressores* dependem de fatores pessoais e ambientais, podendo ser reais ou potenciais e ter um efeito protetor ou ameaçador (García & Pintor, 2012). Desta forma interessa conhecer e compreender quais os *stressores* a que os adolescentes estão expostos (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008; Seiffge-Krenke et al., 2009; Ryan-Wenger et al., 2012). Com o intuito de promover a reflexão e o consequente desenvolvimento de competências de EEESIP, especificamente sobre a temática do *stress* no adolescente em internamento hospitalar, foi construído, tendo por base a literatura na área, um instrumento de observação e registo: uma *checklist* sobre os fatores de *stress* do adolescente internado. Após consulta de literatura da área emergiram três dimensões de fatores de *stress*:

ambientais, relacionados com o próprio adolescente e relativos a necessidades relacionais/sociais.

Para identificar os fatores de *stress* dos adolescentes, recorri à observação do contexto e interação entre o enfermeiro, o adolescente e a sua família no contexto do SUP e da UIA. Foi útil observar o contexto e a interação entre o enfermeiro, o adolescente e a família recorrendo à *checklist*. Esta teve como propósito registar aspetos relevantes da observação efetuada, não com a intenção de classificar práticas ou extrair conclusões, mas para promover uma observação mais atenta, focada e sistematizada, bem como permitir uma reflexão mais estruturada. Foram registadas dez observações no SUP durante a triagem e na UICD, e vinte observações na UIA.

Cada registo incidiu na identificação dos fatores de *stress* no adolescente em dois momentos distintos da interação entre o enfermeiro, o adolescente e a sua família: durante a interação em si e no seu término, com o intuito de constatar quais os *stressores* que persistiram após o contato com o enfermeiro.

Referências Bibliográficas

Abreu, M. & Azevedo, A. I. M. (2012). O adolescente hospitalizado numa unidade de adolescentes: como facilitar a transição? *Adolescência & Saúde*, 9 (3), 21-28. Recuperado de http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=327.

Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: Perspectiva Desenvolvimentista*. Lisboa, Portugal: CLIMEPSI Editores.

Clift, L., Dampier, S. & Timmons, S. (2007). Adolescents' experiences of emergency admission to children's wards. *Journal of Child Health Care*, 11(3) 195–207. Recuperado de <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1367493507079561>. doi: 10.1177/1367493507079561

García, C. M. & Pintor, J. K. (2012). Stress, Coping and Adolescent Health. In Rice, V. H. (Ed.). *Handbook of stress, coping, and health: implications for nursing research, theory, and practice* (2ª ed., pp.254-306).

Ryan-Wenger, Wilson & Broussard (2012). Stress, Coping and Health in Children. In Rice, V. H. (Ed.). *Handbook of stress, coping, and health: implications for nursing research, theory, and practice* (2ª ed., pp. 226-253). Thousand Oaks, CA, USA: Sage Publications. Recuperado de <https://books.google.pt/books?id=TMVxBfl0IHwC&pg=PA305&lpg=PA305&dq=Stress,+coping,+and+adolescent+health&source=bl&ots=vGWFTEN5ir&sig=jctPICyUPM01EmQ>

[lFjT3igJCyoQ&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwiQ68Lqhu3bAhUFO8AKHQRBfk4ChDoAQhcMAY#v=onepage&q=Stress%2C%20coping%2C%20and%20adolescent%20health&f=false.](#)

Seiffge-Krenke, I., Aunola, K. & Nurmi, J. (2009). Changes in Stress Perception and Coping During Adolescence: The Role of Situational and Personal Factors. *Child Development*, 80 (1), 259 – 279. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-8624.2008.01258.x/epdf>. doi: 10.1111/j.1467-8624.2008.01258.x

Smith, S. (2004). Adolescent units - an evidence-based approach to quality nursing in adolescent care. *European Journal of Oncology Nursing*, 8, 20–29. Recuperado de https://ac.els-cdn.com/S1462388903000577/1-s2.0-S1462388903000577-main.pdf?_tid=1fb79618-0aa9-48b9-91f6-bf90074a36a6&acdnat=1520638418_6e6f306905a7ad1024784149f918ad37. doi: 10.1016/S1462-3889(03)00057-7

Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2008). Adolescents' coping with stress: development and diversity. *Prevention Researcher*, 15, 3-7. Recuperado de https://www.pdx.edu/sites/www.pdx.edu.psy/files/media_assets/7_Zimmer-Gembeck_Skinner_AdolCoping_PreventionResearcher.pdf.

Checklist dos fatores de *stress* do adolescente internado

Local: _____ **Turno:** _____

Durante a interação com adolescente e família:

Presença de fatores de <i>stress</i> ambientais:	Sim	Não	Não aplicável
1. Internamento com rotinas e horários rígidos			
2. Normas e procedimentos do internamento (ex: regulamento de visitas e acompanhantes)			
3. Impedimento de sair do serviço, sentir-se fechado			
4. Ambiente estranho, austero e frio, pouco acolhedor			
5. Espaço físico pouco adequado ao grupo etário e necessidades do adolescente			
6. Ambiente com luminosidade excessiva			
7. Ambiente com ruído excessivo			
8. Falta de atividades para ocupar o tempo			
9. Presença de crianças ou adolescentes que acordam durante a noite a chorar			
10. Quarto partilhado com outras crianças ou adolescentes			
Presença de fatores de <i>stress</i> relacionados com o próprio adolescente:			
11. Falta de privacidade			
12. Tempo de espera prolongado para ser observado por um médico/enfermeiro ou para saber o diagnóstico/informações			
13. Necessidade de informação			
14. Preocupação com a situação de saúde/doença			
15. Alteração na qualidade do sono e no número de horas a dormir			
16. Alteração dos hábitos alimentares			
17. Alteração da imagem corporal			
18. Sentir dor ou desconforto			
19. Maior dependência em relação aos pais			
20. Perda de controlo			
21. Preocupação com o aproveitamento escolar			
Presença de fatores de <i>stress</i> relacionados com necessidades relacionais/sociais:			
22. Não poder ir à escola			
23. Necessidade de conviver com os amigos			
24. Necessidade de conviver com a família			
25. Necessidade de conviver com os animais de estimação			
26. Interrupção das atividades lúdicas			
27. Separação da casa e objetos pessoais			

Após terminar a interação com adolescente e família:

Presença de fatores de <i>stress</i> ambientais:	Sim	Não	Não aplicável
1. Internamento com rotinas e horários rígidos			
2. Normas e procedimentos do internamento (ex: regulamento de visitas e acompanhantes)			
3. Impedimento de sair do serviço, sentir-se fechado			
4. Ambiente estranho, austero e frio, pouco acolhedor			
5. Espaço físico pouco adequado à faixa etária e necessidades do adolescente			
6. Ambiente com luminosidade excessiva			
7. Ambiente com ruído excessivo			
8. Falta de atividades para ocupar o tempo			
9. Presença de crianças ou adolescentes que acordam durante a noite a chorar			
10. Quarto partilhado com outras crianças ou adolescentes			
Presença de fatores de <i>stress</i> relacionados com o próprio adolescente:			
11. Falta de privacidade			
12. Tempo de espera prolongado para ser observado por um médico ou para saber o diagnóstico			
13. Necessidade de informação			
14. Preocupação com a situação de saúde/doença			
15. A qualidade do sono e do número de horas a dormir			
16. Alteração dos hábitos alimentares			
17. Alteração da imagem corporal			
18. Sentir dor ou desconforto			
19. Maior dependência em relação aos pais			
20. Perda de controlo			
21. Aproveitamento escolar			
Presença de fatores de <i>stress</i> relacionados com necessidades relacionais/sociais:			
22. Não poder ir à escola			
23. Necessidade de conviver com os amigos			
24. Necessidade de conviver com a família			
25. Necessidade de conviver com os animais de estimação			
26. Interrupção das atividades lúdicas			
27. Separação da casa e objetos pessoais			

Observações/contexto da interação:

Apêndice IX. Mesa redonda: “O *stress* durante o internamento no hospital na perspetiva do adolescente”

Mesa redonda: “O *stress* durante o internamento no hospital”

Abertura

Receber os participantes e agradecer a sua participação

Identificar a investigadora/moderadora e o seu papel de escuta ativa (e não de intervenção);

Identificar os objetivos da mesa redonda, apresentar o tema de forma resumida e informar a duração estimada do debate: 90 min;

Informar que não existem respostas erradas, podem dizer o que pensam;

- Apresentem-se ao grupo por favor, dizendo o vosso nome e idade;

Esclarecer as regras para a realização da mesa redonda:

- Relembrar que o debate não será gravado;
- Garantia da confidencialidade;
- Pedir a todos os participantes para falarem um de cada vez e não manterem conversas paralelas, para se conseguirem ouvir;
- Pedir a intervenção de todos os participantes;
- Explicar que, se necessário, o moderador irá interromper a discussão se existir um desvio do assunto em debate ou para dar a palavra a outro participante menos interventivo;
- Relembrar que a participação é voluntária e que podem sair da sala se for esse o seu desejo.

Introdução

1. A adolescência é um período de mudanças acentuadas e pode ser, ou não, um período particular de *stress*. Qual a vossa opinião? (se necessário sugerir a preocupação com a imagem corporal, o grupo de pares, autonomia em relação aos pais)

2. O que significa para vocês *stress*?

Transição

3. Consideram que o internamento no hospital provoca *stress*?

4. Do que se lembram quando pensam em *stress* no internamento hospitalar?

Perguntas-chave

5. Na vossa opinião, as condições da Unidade de Adolescentes, nomeadamente o ambiente físico e normas do internamento, geram *stress*? Quais e porquê?

5.1 Consideram a estrutura física do serviço e do quarto adequada?

5.2 Consideram o ambiente (luminoso e ruído) adequado?

6. Durante o internamento hospitalar, consideram que existem aspetos relacionados com os profissionais que aumentam o vosso *stress*? (se necessário sugerir características, atitudes/comportamentos)

7. Na vossa opinião, sentem que durante o internamento há alterações pessoais que vos provoquem *stress*?

7.1 Consideram as horas de sono e qualidade do sono adequadas?

7.2 Preocupa-vos a alteração da imagem corporal no internamento?

7.3 A dor é um fator de preocupação/*stress*?

7.4 A alimentação é um fator de preocupação/*stress*?

7.5 Sentem-se esclarecidos e informados sobre a vossa saúde durante o internamento? A informação é fornecida só aos pais, ou vocês também são informados? Consideram este aspeto importante?

7.6 A privacidade é uma questão relevante? Está a ser garantida?

8. Durante o internamento, conseguem manter a vossa vida social? Isso provoca-vos *stress*?

8.1 Preocupa-vos o facto de não poderem ir às aulas?

8.2 Conseguem manter o contacto com os vossos amigos e familiares?

Consideram, no internamento, o afastamento dos amigos como um fator de *stress*?

9. O que acham que vos ajuda a diminuir/gerir o *stress* durante o internamento?

9.1 O que sugerem para melhorar o espaço físico e o ambiente?

9.2 Têm alguma sugestão em relação às normas e regras de funcionamento do internamento?

9.3 O que sugerem em relação às intervenções dos profissionais? O que gostariam que eles fizessem para vos ajudar?

Conclusão

Querem acrescentar alguma ideia que não tenha sido debatida?

Registo final das condições da mesa redonda (a preencher pela moderadora)

Condições do grupo	
Local	
Dia e hora	
Condições do local (ruído, interrupções)	
Estado dos entrevistados/nº de participantes e idade	
Primeiro contacto com os entrevistados	
Empatia criada como entrevistador	
Observação geral da entrevista	
Outras notas	

Resumo das ideias-chave da mesa redonda

A mesa redonda foi realizada na sala de atividades a 11 de Janeiro de 2019, com uma duração de cerca de 90 minutos. Participaram 4 adolescentes rapazes e raparigas com idades compreendidas entre os 14 e os 19 anos.

Os adolescentes referem como **fatores de stress normativos** as questões relacionadas com a definição da sua “individualidade” e a preocupação com o grupo de pares. De acordo com a literatura de referência, na adolescência existem *stressores* relacionados com a sua fase de desenvolvimento, associados ao desenvolvimento da identidade, da sua autonomia e independência e ao estabelecimento de relações com o grupo de pares (García & Pintor, 2012).

Quando questionados acerca do *stress*, os adolescentes têm dificuldade em defini-lo, sendo que cada adolescente possuía definições distintas e pouco claras sobre *stress*. Após algum debate, definiram-no como uma situação fora do comum com a qual não sabem lidar, um sentimento negativo que os deixa ansiosos.

Os adolescentes consideram a hospitalização como um período de *stress*, embora considerem ser normal que o *stress* esteja presente nessa situação. De facto, a hospitalização constitui uma interrupção no processo de desenvolvimento do adolescente, podendo esta situação ter efeitos negativos no seu desenvolvimento e no bem-estar psicológico (Smith, 2004). Nesta situação, o *stress* é uma experiência significativa (Clift, Dampier & Timmons, 2007).

Durante a dinâmica do debate, os adolescentes referem como **fatores de stress ambientais** a necessidade de existirem mais quartos individuais. Apesar de considerarem o quarto partilhado com outros adolescentes adequado, referem que seria benéfico terem a possibilidade de escolher permanecer num quarto individual. A sala de atividades é, segundo os adolescentes, adequada. Contudo, as casas de banho são insuficientes e não estão convenientemente separadas por género, sendo recorrentemente referido pelos adolescentes a falta de privacidade durante a sua utilização.

O ambiente luminoso é considerado adequado durante o dia, pela existência de muitas janelas com luz natural. Contudo referem que de noite as luzes permanecem sempre ligadas, embora estejam menos intensas.

Apesar de considerarem existir ruído mantido todo o dia, devido aos equipamentos elétricos (bombas infusoras, monitores cardiorrespiratórios, campainhas), consideram

compreensível a sua existência, referindo que é natural existir sempre barulho, “porque os enfermeiros têm de trabalhar e vir aos quartos ver dos outros meninos”.

Quanto às **atitudes dos profissionais**, os adolescentes referem que a equipa de enfermagem é acessível, carinhosa e atenciosa, valorizando a sua disponibilidade para com os adolescentes e os seus pais. Não referiram nenhum aspeto relevante a destacar enquanto fator de *stress* para si ou para a sua família sobre este tema, considerando adequada a atitude e comportamento da equipa.

Os **fatores de stress relacionados com os próprios adolescentes** foram mais valorizados e enfatizados durante a sessão. Consideram relevante a interrupção do sono várias vezes durante a noite por existirem outros adolescentes com dor, que acordam e chamam pela enfermeira, e pelo barulho das máquinas a alarmar. Contudo, os rapazes desvalorizam as questões relacionadas com o sono, referindo que dormem tranquilamente e que o ruído ou luz excessivos não os incomoda.

Os adolescentes que participaram preocupam-se com a imagem corporal, em especial com a roupa que utilizam durante o internamento. Referem que é importante poderem utilizar outras roupas que não só os pijamas. Há que ter em consideração que os adolescentes que participaram na atividade não tinham alterações físicas decorrentes do seu processo de doença atual, o que pode condicionar as respostas dadas.

A dor foi um aspeto muito valorizado, bem como o medo de ter dor.

A dieta fornecida pelo hospital foi considerada adequada, não sendo relevante este aspeto para a maioria dos adolescentes. Os adolescentes com internamentos prolongados (com mais de duas semanas) referem que sentem saudades da comida de casa, e que devia haver uma maior flexibilidade nas regras do serviço para permitir que os pais ou familiares lhes enviem comida caseira.

A necessidade de informação foi um dos aspetos mais valorizados durante a sessão, sendo uma preocupação constante dos adolescentes durante o internamento. Consideram que as dúvidas são esclarecidas, mas que por vezes têm vergonha de colocar questões aos profissionais. A informação é fornecida simultaneamente aos adolescentes e pais, o que consideram positivo “não nos sentimos à parte, sentimos que não nos escondem nada”.

As questões relacionadas com a privacidade também foram valorizadas. Consideram, novamente, que o quarto é adequado e que, quando necessitam de um espaço privado para estar sozinhos ou com os pais, conseguem adaptar o quarto para esse fim, correndo as cortinas. Contudo destacam que a divisão das casas de banho não está a ser eficaz, que

sentem falta de privacidade “durante o duche ou as necessidades fisiológicas”, por não estarem completamente separadas entre cubículos.

Relativamente a **fatores de stress relativos a necessidades relacionais/sociais**, os adolescentes consideram o afastamento de amigos e familiares *stressores*. Porém, devido à facilidade de aceder à internet e por ser permitida a utilização do telemóvel e computador durante o período de internamento, consideram que conseguem manter o contacto com os amigos e familiares, apesar de “não ser a mesma coisa” dado que os amigos não conseguem fazer visitas à unidade de internamento de adolescentes (UIA), seja pela distância ou pela incompatibilidade do horário escolar com os horários das visitas.

O impedimento de ir à escola não foi valorizado, dizem ser normal: “é mesmo assim”.

Quando questionados acerca das **estratégias que utilizam para gerir o stress** que vivenciam durante o internamento, referem: ter uma atitude positiva e pensamentos positivos, saber que o internamento é uma situação temporária e saber que é para o nosso bem, distrair, ter visitas e criar novas amizades, fazer atividades que gostam, e pedir informação.

Sugerem para melhoria do serviço e como estratégias a implementar no espaço físico da UIA a remodelação das casas de banho e aproveitamento do espaço “terraço” da sala de atividades. Quanto às regras e normas do serviço, sugerem aumentar o horário das visitas e permitir um maior número de pessoas.

Relativamente às atitudes dos profissionais, sugerem como estratégia positiva para os ajudar a gerir o *stress* o fornecimento de informação. Contudo, dizem que os profissionais são “maravilhosos e disponíveis”. Como já conhecem os profissionais, consideram que estes já reúnem todas as características que consideram necessárias, não tendo outros aspetos a recomendar. Este aspeto aliado ao facto da moderadora da sessão ser uma enfermeira da UIA pode ter condicionado as respostas.

O facto de os profissionais se preocuparem com estas questões, de tentarem melhorar o funcionamento da unidade e de se realizarem atividades desta natureza com temas que influenciam o bem-estar dos adolescentes foi por eles valorizado. “Isto ajuda a que o internamento seja melhor, mais positivo, porque podemos deixar uma mensagem para os outros meninos e contribuir para mudar o internamento”. Sentem que possuem um papel ativo para atingir o bem-estar durante o internamento, bem como a contribuição para o bem-estar de outros adolescentes.

Referências bibliográficas

Clift, L., Dampier, S. & Timmons, S. (2007). Adolescents' experiences of emergency admission to children's wards. *Journal of Child Health Care*, 11(3) 195–207. Recuperado de <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1367493507079561>. doi:

10.1177/1367493507079561

García, C. M. & Pintor, J. K. (2012). Stress, Coping and Adolescent Health. In Rice, V. H. (Ed.). *Handbook of stress, coping, and health: implications for nursing research, theory, and practice* (2ª ed., pp.254-306).

Smith, S. (2004). Adolescent units - an evidence-based approach to quality nursing in adolescent care. *European Journal of Oncology Nursing*, 8, 20–29. Recuperado de [https://ac.els-cdn.com/S1462388903000577/1-s2.0-S1462388903000577-main.pdf?_tid=1fb79618-0aa9-48b9-91f6-](https://ac.els-cdn.com/S1462388903000577/1-s2.0-S1462388903000577-main.pdf?_tid=1fb79618-0aa9-48b9-91f6-bf90074a36a6&acdnat=1520638418_6e6f306905a7ad1024784149f918ad37)

[bf90074a36a6&acdnat=1520638418_6e6f306905a7ad1024784149f918ad37](https://ac.els-cdn.com/S1462388903000577/1-s2.0-S1462388903000577-main.pdf?_tid=1fb79618-0aa9-48b9-91f6-bf90074a36a6&acdnat=1520638418_6e6f306905a7ad1024784149f918ad37).

doi:

10.1016/S1462-3889(03)00057-7

Apêndice X. Gestão do *stress* no adolescente em internamento hospitalar na perspectiva dos Enfermeiros: Introdução, questionário, consentimento informado e breve apresentação dos resultados

ESCOLA SUPERIOR DE ENFERMAGEM DE LISBOA
9º CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM NA ÁREA DE ESPECIALIZAÇÃO
DE
ENFERMAGEM DE SAÚDE INFANTIL E PEDIATRIA
Unidade Curricular de Estágio com Relatório

PROMOÇÃO DA GESTÃO DO *STRESS* NO ADOLESCENTE EM
INTERNAMENTO HOSPITALAR: PERSPETIVAS DOS ENFERMEIROS



Elaborado por:

Ana Sofia Prata Baptista Pinto, nº858

Docente: Prof.^a Doutora Maria da Graça Vinagre

Lisboa
Fevereiro de 2019

Introdução

Os adolescentes encontram-se internados maioritariamente em serviços de pediatria, pouco adaptados às suas necessidades específicas, o que aumenta a intensidade de *stress* que vivenciam (Smith, 2004; Clift, Dampier & Timmons, 2007; Branco, Brito, Fonseca & Ribeiro, 2009; Abreu & Azevedo, 2012). A hospitalização vem contribuir como mais um fator de desequilíbrio para o adolescente, sendo comum sentimentos de revolta, frustração, solidão, tristeza e preocupação devido ao afastamento do seu quotidiano, do grupo de pares e da família (Branco et al., 2009). Estão inseridos num ambiente estranho, sujeitos a rotinas com horários rígidos, normas e procedimentos, e estão expostos a situações adversas que podem ser dolorosas e invasivas (Barros, 2003; Figueiredo et al., 2015; Carvalho, Silva, Machado & Rosa, 2016). Desta forma, o *stress* é uma experiência significativa durante a admissão do adolescente a um serviço de urgência e permanência num serviço de internamento hospitalar (Clift et al., 2007).

A exposição ao *stress* pode resultar em *outcomes* positivos ou negativos consoante a forma como os adolescentes lidam com as situações de *stress*, pois os erros, reveses e dificuldades são oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento de estratégias de *coping* para situações futuras (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008). O internamento hospitalar pode, assim, ser uma oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento, sendo o enfermeiro um elemento fundamental para ajudar o adolescente a gerir o *stress* e influenciar o modo como vivencia esta experiência (Branco et al., 2009).

Neste sentido, pretende-se conhecer as perspetivas dos enfermeiros sobre os fatores de *stress* e as estratégias de intervenção promotoras da gestão de *stress* no adolescente. Para tal foi construído e aplicado um questionário com questões abertas a uma amostra de 10 enfermeiros de uma Unidade de Internamento de Adolescentes (UIA). A confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes foram garantidos, sendo o preenchimento do consentimento informado prévio à aplicação do questionário.

Será apresentada a fundamentação teórica que sustenta o fenómeno, a metodologia que se seguiu e os resultados obtidos após a análise de conteúdo dos dados, seguindo-se a sua discussão e principais conclusões.

Fundamentação Teórica

A adolescência é uma etapa de desenvolvimento onde ocorrem múltiplas experiências de adaptação e confrontação, relacionadas com as mudanças físicas e biológicas, experimentação e aquisição de novos papéis sociais e emocionais, maior preocupação com o autoconceito, bem como a transição de uma posição de dependência dos pais para a autonomia e independência na tomada de decisão (Bandura, 1998; OMS, 2014; Canha & Portinha, 2015; Regulamento nº422/18). É também um período marcado pelo desenvolvimento de capacidades e conhecimentos, em que os indivíduos aprendem a gerir as suas emoções e relacionamentos, adquirem atributos e desenvolvem capacidades que serão importantes para a idade adulta (Smith, 2004; OMS, 2014).

A Organização Mundial de Saúde (2014) define adolescente como uma pessoa entre os 10 e os 19 anos de idade. A maioria dos adolescentes está, desta forma, incluída na definição de criança adotada na Convenção sobre os Direitos da Criança, que considera criança a pessoa com menos de 18 anos de idade (UNICEF, 1989).

As mudanças características da adolescência alicerçam os comportamentos relacionados com a saúde e com as condições de saúde e doença, tendo implicações na forma como os adolescentes perspetivam o presente e o futuro. As intervenções delineadas para promoção da saúde, prevenção e tratamento da doença têm de considerar a interferência destes aspetos na eficácia das intervenções, sendo essencial a sua adaptação aos adolescentes a quem se dirigem (OMS, 2014). Ao lidar com adolescentes com problemas de saúde, estas intervenções são realizadas num contexto de mudanças ainda mais marcadas (Figueiredo, Almeida, Santos & Carneiro, 2015).

O estudo realizado por Andrade (2010), sobre os níveis de *stress* de crianças e adolescentes hospitalizados e a sua interferência na aprendizagem da escrita, conclui que a hospitalização foi o *stressor* externo de maior impacto na criança e adolescente.

A reatividade ao *stress* e a dificuldade de interpretar e demonstrar respostas emocionais encontra-se aumentada comparativamente com adultos devido ao desenvolvimento do córtex cerebral frontal e das alterações hormonais, que resultam num desenvolvimento cognitivo, emocional e físico acentuado (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008).

O Modelo cognitivista do *stress* e *coping* de Lazarus e Folkman desenvolveu uma definição ampla e consensual de *stress*, definindo-o como uma reação comportamental, cognitiva, emocional e fisiológica que resulta da perceção do indivíduo em relação ao

desequilíbrio entre as exigências do ambiente e os recursos que tem disponíveis numa situação considerada relevante para o seu bem-estar (Lazarus & Folkman, 1984; Lazarus, 2006). Esta perspetiva dá ênfase à interação do adolescente com o ambiente, à significação do próprio sobre os fatores de *stress* ou dificuldades a que foi exposto e sobre as competências pessoais para lidar com a situação, considerando o *stress* um desequilíbrio ou desajuste, conceptualizando-o como um processo de transição (Barros, 2003; Lyon, 2012).

O fator de *stress* e a avaliação subjetiva que o adolescente faz sobre este irá determinar o impacto do evento. Nesta avaliação o adolescente pondera o impacto e o risco que o evento de *stress* representa para o seu bem-estar, podendo considerá-lo como uma ameaça (em que se pondera um potencial dano), uma perda (em que o dano já ocorreu) ou um desafio (do qual pode advir um *outcome* positivo) (Lazarus & Folkman, 1984; Serra, 2005; Lazarus, 2006; Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008). Esta avaliação está intimamente ligada às reações emocionais aos *stressors* e aos mecanismos de *coping*, sendo que situações ameaçadoras provocam sentimentos de medo e mecanismos de fuga e de procura de apoio, e situações que sejam percebidas como desafiantes provocam interesse e mecanismos de resolução de problemas (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008).

O *stress* pode-se manifestar a nível psicológico através do aumento da ansiedade, depressão e sensação de desamparo, distúrbios do sono, diminuição da concentração, irritabilidade e maior dificuldade na tomada de decisão. A nível físico, as suas manifestações traduzem-se no aumento da frequência respiratória, taquicardia e hipertensão, ocorrendo também um maior recrutamento de oxigénio e aumento do metabolismo a nível cerebral, cardíaco e muscular, para a reação de “*fight or flight*” em resposta ao *stress* (Serra, 2005; Norton-Westwood, Pearson & Robertson-Malt, 2011; Lyon, 2012).

O *coping* baseia-se na resposta fisiológica ao *stress*, na avaliação da situação, estabelecimento de objetivos, atenção e *outcomes* desejados, em que as relações interpessoais e o contexto influenciam o processo (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008). Este conceito foi consolidado com o trabalho de Folkman e Lazarus (1984), e consiste num processo cognitivo que permite lidar com situações de *stress* e com os problemas quotidianos (Serra, 2005; Antoniazzi, Souza & Hutz, 2009; Lyon, 2012; Ramos, Enumo & Paula, 2015).

O Modelo cognitivista do *stress* e *coping* identifica duas formas de *coping*: o *coping* focado no problema e o *coping* focado nas emoções (Lazarus & Folkman, 1984; Barros, 2003; Serra, 2005; Lyon, 2012; Ramos, et al., 2015). Ambas as estratégias são utilizadas na gestão de situações de *stress* (Lyon, 2012).

Zimmer-Gembeck e Skinner (2011) realizaram uma revisão da literatura para clarificar a hierarquização das estratégias de *coping*, definindo doze estratégias de *coping*: resolução de problemas, procura de informação, desesperança, fuga, autoconfiança, procura de apoio, delegação, isolamento social, acomodação, negociação, submissão e oposição. Os *outcomes* do processo de *coping* podem ser processos adaptativos negativos ou positivos, estando associado a um resultado positivo as estratégias de autoconfiança, procura de suporte, resolução de problemas, procura de informações, acomodação e negociação, e a um processo adaptativo negativo a delegação, isolamento, desamparo, fuga, submissão e oposição, com consequências na saúde do indivíduo (Skinner et al., 2003; Folkman, 2011; Ramos, et al., 2015).

Para se desenvolverem intervenções de prevenção do *stress* em adolescentes e ajudá-los a mobilizar recursos, desenvolver estratégias de *coping* e evitar e/ou diminuir situações de *stress*, nomeadamente em situação de doença e internamento hospitalar, os profissionais de saúde têm um papel fundamental. Sendo o enfermeiro o profissional que tem maior contato com o adolescente e família durante o período de internamento, constitui um elemento primordial para ajudar o adolescente a gerir o *stress* e influenciar o modo como vivencia esta experiência.

Desta forma será pertinente conhecer as perspetivas dos enfermeiros sobre os fatores de *stress* do adolescente e as estratégias de intervenção promotoras da gestão de *stress* no adolescente.

Metodologia

O presente trabalho prende-se com a necessidade de desenvolver estratégias de intervenção promotoras da gestão de *stress* no adolescente em internamento hospitalar, partindo das ideias dos enfermeiros. Tem como principal objetivo conhecer as perspetivas dos enfermeiros sobre os fatores de *stress* e as estratégias de intervenção promotoras da gestão de *stress* no adolescente, tratando-se de um breve estudo descritivo-exploratório de natureza qualitativa.

A recolha de dados foi realizada recorrendo à construção de um questionário que inclui dados de caracterização sociodemográfica dos participantes e um conjunto de questões abertas, permitindo maior liberdade de expressão aos indivíduos inquiridos, obtendo-se informação mais rica e diversificada, com base nos conhecimentos e experiência dos enfermeiros na prestação de cuidados a adolescentes e suas famílias (ver questionário neste doc.).

Foi fornecido e preenchido o consentimento informado por todos os participantes, tendo sido explicados os objetivos e a natureza do estudo e garantida a confidencialidade dos dados e o anonimato dos participantes, sendo o preenchimento do consentimento informado prévio à aplicação do questionário (ver consentimento informado neste doc.).

Os questionários foram disponibilizados a todos os enfermeiros da Unidade e aplicados durante o mês de janeiro de 2019, com um tempo médio de preenchimento de 15 a 20 minutos.

Os critérios de inclusão definidos para a seleção de participantes consistiam em exercer a profissão de enfermagem na UIA definida para a aplicação do questionário, e que prestassem cuidados diretos a adolescentes e suas famílias.

A amostra foi constituída por 10 enfermeiras, as que revelaram disponibilidade para responder ao questionário no período em questão, o que corresponde a cerca de 63% da população alvo, considerando-se representativa.

Terminado o processo de preenchimento e recolha dos questionários, os dados obtidos foram agrupados e sistematizados, com o cuidado de manter a sua diversidade e o seu sentido, optando-se por recorrer à análise de conteúdo de acordo com Bardin (1977).

Questionário

O meu nome é Ana Sofia Pinto e sou estudante do 9º Curso de Mestrado em Enfermagem na Área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria na Escola Superior de Enfermagem de Lisboa. Neste âmbito, estou a desenvolver um projeto intitulado “O Enfermeiro Especialista como Promotor da Gestão do *Stress* no Adolescente em Internamento Hospitalar”.

No desenvolvimento deste projeto foi construído um questionário para conhecer os fatores que podem provocar *stress* no adolescente durante o internamento no hospital. Nesse sentido, considerou-se fundamental a opinião dos enfermeiros, nomeadamente para a análise e desenvolvimento de intervenções de enfermagem que minimizem a exposição do adolescente ao *stress* e o ajudem a geri-lo. Por isso, a sua participação é essencial.

Considerando como adolescente o indivíduo com idade compreendida entre os 10 e os 19 anos, pedimos-lhe que responda às questões seguintes.

Obrigada pela sua participação.

Género: M ____ F ____

Idade: ____

(anos)

Formação Académica:

Licenciatura ____

Mestrado ____

Pós-graduação ____

Doutoramento ____

Especialização ____

Qual: _____

Tempo de exercício da profissão: ____ (anos)

Tempo de exercício da profissão na Unidade de Adolescentes (UA): ____

(anos)

1. Na sua opinião, os adolescentes experienciam *stress* durante o internamento hospitalar? Sim ____ Não ____ Às vezes ____

(Se respondeu não, o seu questionário termina aqui)

2. Existem fatores, nomeadamente nas condições, ambiente físico e normas do internamento, que podem provocar *stress* no adolescente. Refira alguns dos que considera mais importantes.

3. Durante o internamento hospitalar, podem existir alguns aspetos relacionados com os profissionais que aumentam o *stress* do adolescente (características, atitudes/comportamentos, ...). Refira quais os que considera mais importantes.

4. Existem aspetos relacionados com fatores pessoais do adolescente que podem provocar *stress* (por ex. questões de privacidade, alteração de hábitos, ...). Em situação de internamento hospitalar, quais são os que considera mais importantes?

5. Durante o internamento, existem frequentemente necessidades sociais/relacionais que podem aumentar o *stress* do adolescente (amigos, família, ...). Diga as que considera mais importantes.

6. Na sua opinião, que estratégias podem facilitar a gestão do *stress* no adolescente? (Pense na sua experiência).

7. Durante o seu percurso académico, teve formação na área do adolescente mais especificamente no âmbito do *stress*?

Sim _____ Não _____

8. E durante o seu percurso profissional? Sim _____ Não _____

9. Sente necessidade de formação nesta área? Sim _____ Não _____

Em caso afirmativo, quais os aspetos que considera de maior interesse no âmbito desta área?

Agradeço mais uma vez a sua participação!

Termo de consentimento livre e esclarecido

O meu nome é Ana Sofia Pinto, sou enfermeira e estou a desenvolver um trabalho para conhecer os principais fatores de *stress* dos adolescentes durante o período em que permanecem no hospital, para analisar e desenvolver intervenções de enfermagem que minimizem a exposição ao *stress* e os ajudem a geri-lo, colaborando assim para a melhoria dos cuidados de saúde aos adolescentes.

Nesse sentido, a opinião dos enfermeiros é fundamental, nomeadamente para a análise e desenvolvimento de intervenções de enfermagem. Por este motivo é convidado a participar, voluntariamente, através do preenchimento de um questionário. Antes de dar o seu consentimento, leia atentamente as informações descritas a seguir:

1. As informações por si fornecidas são fundamentais para a melhoria dos cuidados de saúde prestados aos adolescentes.
2. A sua participação é voluntária.
3. A sua identificação será mantida confidencial, sendo os resultados deste questionário analisados sem que seja revelada a sua identidade.

Declaro que li e entendi todas as informações contidas neste termo de consentimento e que concordo participar neste trabalho.

_____ Lisboa, ____ / ____ / ____

Assinatura do Enfermeiro

_____ Lisboa, ____ / ____ / ____

Assinatura da autora

Apresentação dos resultados

Todos os 10 participantes são do género feminino, com idades entre os 24 e os 52 anos de idade, com uma média de idades de 38,1 anos, uma moda de 24 anos e mediana de 42,5 anos.

Em termos de formação académica, 70% possuem licenciatura em enfermagem, 10% (n=1) possui especialidade em Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria, 10% (n=1) possui mestrado na área de Especialização de Enfermagem de Saúde Infantil e Pediatria e 10% (n=1) possui especialidade em Enfermagem de Reabilitação.

O tempo de exercício profissional varia entre 2 e 25 anos, correspondendo a uma média de 14,35 anos, uma moda de 2 anos e mediana de 18 anos. O Tempo de exercício da profissão na UIA oscila entre 1 e 18 anos, o que corresponde a uma média de 8,1 anos de exercício na UIA (Gráfico 1).

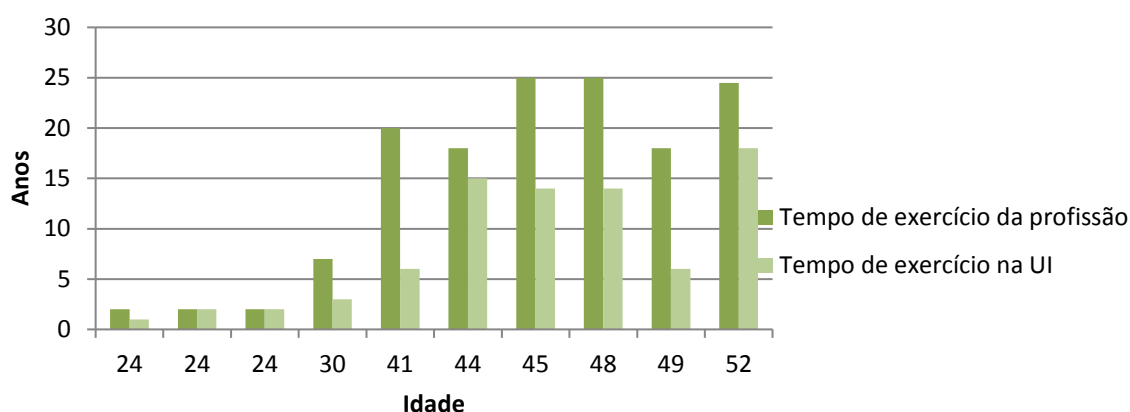


Gráfico 1. Distribuição dos indivíduos por tempo de exercício profissional

Todos os enfermeiros reconheceram que os adolescentes experienciam *stress* durante o internamento hospitalar, o que legitima a realização do trabalho e revela a sua pertinência.

Durante o seu percurso académico, 30% (n=3) dos enfermeiros tiveram formação na área do *stress* do adolescente, enquanto durante o percurso profissional, 20% (n=2) dos enfermeiros receberam formação específica na área do *stress* do adolescente.

Tendo em consideração que 70% dos enfermeiros não possuem formação específica sobre esta temática durante a sua formação académica e que 80% não receberam formação sobre o *stress* do adolescente em situação de internamento hospitalar durante o seu percurso profissional, ao questionar a equipa de enfermagem

sobre a necessidade de formação, 80% (n=8) dos inquiridos responderam afirmativamente. Foram referidos 4 temas de interesse formativo, por ordem decrescente de interesse: Estratégias a utilizar por parte dos profissionais de forma a reduzir o *stress* do adolescente e família durante a hospitalização; Como criar uma relação de confiança e ajuda; Principais preocupações na Adolescência; e por fim Estratégias para o adolescente contribuir/ajudar em situações mais invasivas.

Assim será pertinente a realização de formação específica sobre alguns dos temas em questão após a apresentação dos resultados do questionário à equipa de enfermagem, de forma a reforçar as boas práticas realizadas na UIA e desenvolver intervenções de enfermagem que não estão a ser realizadas e que promovem a gestão do *stress* no adolescente em situação de internamento hospitalar, contribuindo para a uniformização, qualidade e abrangência dos cuidados de enfermagem.

O conjunto de categorias e subcategorias foram construídas com base na literatura de referência e nos dados que emergiram da análise de conteúdo encontram-se organizadas na tabela 1., seguindo-se uma descrição mais detalhada dos seus resultados.

Como se pode observar na tabela seguinte emergiram duas categorias: fatores de *stress* do adolescente e estratégias promotoras da gestão do *stress* no adolescente. Na primeira, fatores de *stress*, identificaram-se quatro subcategorias, nomeadamente: ambientais, relacionados com atitudes dos profissionais, com os próprios adolescentes, e necessidades relacionais/sociais. Na segunda, estratégias promotoras da gestão do *stress*, definiram-se igualmente quatro subcategorias de estratégias, correspondentes às subcategorias dos *stressores* anteriormente referidas (Tabela 1).

Tabela 1. Grelha de categorização dos fatores de *stress* do adolescente e estratégias promotoras da gestão do *stress* em situação de internamento

Categoria	Sub-categoria	Enfermeiros (n=10)	
		F	%
Fatores de <i>stress</i> do adolescente em situação de internamento hospitalar	Fatores de <i>stress</i> ambientais	10	100
	Fatores de <i>stress</i> relacionados com atitudes dos profissionais	10	100
	Fatores de <i>stress</i> relacionados com os próprios adolescentes	10	100

	Fatores de <i>stress</i> relacionados com necessidades relacionais/sociais	8	80
Estratégias promotoras da gestão do <i>stress</i> no adolescente em situação de internamento hospitalar	Atitudes dos profissionais	9	90
	Estratégias direcionadas para fatores de <i>stress</i> ambientais	4	40
	Estratégias direcionadas para fatores de <i>stress</i> relacionadas com os próprios adolescentes	5	50
	Estratégias direcionadas para fatores de <i>stress</i> relacionados com necessidades relacionais/sociais	1	10

Em relação à primeira categoria, referindo-se a subcategoria “fatores de *stress* ambientais” relativos ao adolescente em situação de internamento hospitalar, salientaram-se as rotinas do serviço, como o horário das refeições e de acordar, como um *stressor* presente e significativo, sendo referido por 50% das enfermeiras (Tabela 2). Como foi referido “*Perda da sua liberdade com horários e regras para cumprir*” (E9).

A existência de normas e procedimentos do internamento, como os horários de visitas, a sua restrição e as “*Regras de visita (2 visitas de cada vez, visitas têm de ter mais de 12 anos)*” (E7) foi o *stressor* ambiental mais relevante, sendo referido por 50% dos enfermeiros, com 28,12% das unidades de registo, sendo referido por 9 vezes.

O impedimento de sair do serviço foi indicado como *stressor* por 10% dos enfermeiros, sendo referida a “*Não existência de contato com o exterior*” (E6).

O ambiente ser desconhecido e diferente do habitual foi identificado por 40% dos enfermeiros. Desta forma, o facto de o quarto ser partilhado com outros adolescentes também é referido com fonte de *stress* para os adolescentes, por 30% dos inquiridos, bem como a existência de pessoas estranhas, desconhecidas (30%), dada a presença de “*Jovens e profissionais que não conhece*” (E5).

A luminosidade e o ruído são reconhecidos como fatores de *stress* ambientais, sendo identificado, respetivamente, por 20% e 30% dos enfermeiros.

A estrutura física da UIA não foi valorizada como *stressor* ambiental, sendo a única referência a este aspeto a disposição da casa de banho (n=1), que interfere com a privacidade dos adolescentes, podendo provocar-lhes *stress* (Tabela 2).

A falta de atividades para ocupar o tempo foi referida por 10% dos indivíduos, havendo “*poucas atividades lúdicas*” (E7).

Tabela 2. Subcategoria: Fatores de *stress* ambientais do adolescente em internamento hospitalar

Indicadores	Enfermeiros (n=10)		Unidade de registo (n=32)	
	F	%	F	%
Internamento com horários e rotinas rígidos	5	50	5	15,63
Normas e procedimentos do serviço	5	50	9	28,12
Impedimento de sair do serviço, sentir-se fechado	1	10	1	3,12
Ambiente estranho	4	40	4	12,5
Pessoas estranhas, desconhecidas	3	30	3	9,38
Espaço físico pouco adequado ao grupo etário e necessidades do adolescente	1	10	1	3,12
Ambiente com luminosidade excessiva	2	20	2	6,25
Ambiente com ruído excessivo	3	30	3	9,38
Falta de atividades para ocupar o tempo	1	10	1	3,12
Quarto partilhado com outras crianças ou adolescentes	3	30	3	9,38

Quanto à subcategoria relacionada com as atitudes dos profissionais, conforme Tabela 3, o fator de *stress* de maior destaque corresponde às atitudes autoritárias com imposição de regras sobre os adolescentes, sendo identificado como fonte de *stress* por 50% dos enfermeiros, referido por 6 vezes (Tabela 3).

A falta de comunicação, empatia ou paciência por parte dos enfermeiros foi reconhecido como fator de *stress* por 40% dos inquiridos. Outros aspetos que interferem no *stress* experienciado em situação de internamento hospitalar do adolescente poderão estar associados, de acordo com 20% da amostra, à utilização de linguagem e termos técnicos pelos profissionais quando interagem com os adolescentes, que desconhecem o seu significado.

A ausência de negociação com o adolescente e a falta de tempo dos profissionais são elementos identificados, respetivamente, por 30% e 20% dos enfermeiros, sendo

referida a “*Pouca flexibilidade e cedência*” (E10) e a “*Falta de tempo por parte dos profissionais para comunicar com o adolescente e criar uma relação terapêutica*” (E7).

Tabela 3. Subcategoria: Fatores de *stress* relacionados com atitudes dos profissionais

Indicadores	Enfermeiros (n=10)		Unidade de registo (n=18)	
	F	%	F	%
Falta de comunicação, empatia ou paciência	4	40	5	27,78
Uso de linguagem e termos técnicos pelos profissionais	2	20	2	11,11
Atitudes autoritárias/Imposição de regras	5	50	6	33,33
Ausência de negociação	3	30	3	16,67
Falta de tempo	2	20	2	11,11

Na terceira subcategoria, o fator de *stress* relacionado com os próprios adolescentes mais significativo corresponde à falta de privacidade, identificado por 70% dos indivíduos (Tabela 4). Foi o fator de *stress* pessoal mais referido, sendo referido por 10 vezes, 40% do total de respostas nesta subcategoria.

A perda de controlo é referida como um *stressor* significativo por 50% dos inquiridos, sendo referido por 6 vezes (24% do total de respostas nesta subcategoria). “*Em caso de dependência no autocuidado, a necessidade de ser uma enfermeira a prestar cuidados no leito*” (E6).

Enquanto 30 % dos enfermeiros aponta a preocupação com a situação de saúde/doença como fator de *stress* pessoal, como por exemplo a “*Incerteza quanto à natureza da evolução da doença*” (E1).

As experiências anteriores de internamento hospitalar, em particular as “*Experiências negativas em situações anteriores de internamento*” (E1), foi valorizado por 20 % dos enfermeiros.

A alteração dos hábitos de vida, em particular dos hábitos alimentares foi valorizada por 20% dos inquiridos.

A maior dependência em relação aos pais foi identificada por 10% da amostra (n=1) sendo significativo, neste contexto, a importância da “*Falta de acompanhamento*” (E7) pelos pais ou acompanhantes.

A alteração do aproveitamento escolar foi identificada por 10% dos enfermeiros, incluindo “*Faltar à escola, medo do insucesso escolar*” (E8).

Tabela 4. Subcategoria: Fatores de *stress* relacionados com os próprios adolescentes em internamento hospitalar

Indicadores	Enfermeiros (n=10)		Unidade de registo (n=25)	
	F	%	F	%
Falta de privacidade	7	70	10	40
Experiências anteriores de internamento hospitalar	2	20	2	8
Preocupação com a situação de saúde/doença	3	30	3	12
Alteração dos hábitos alimentares	2	20	2	8
Perda de controlo	5	50	6	24
Maior dependência em relação aos pais	1	10	1	4
Alterações no aproveitamento escolar	1	10	1	4

O *stressor* mais significativo relativamente à subcategoria das necessidades sociais e relacionais, cruciais durante a adolescência, corresponde à necessidade de conviver com os amigos, “*A separação dos pares*” (E8), referido por 87,5% da amostra, sendo referida por 12 vezes (Tabela 5).

Também a necessidade de conviver com os familiares, devido à “*Separação dos familiares*” (E1), é considerada importante, com 87,5% de prevalência nas respostas dos enfermeiros. A necessidade de conviver com os irmãos “*especialmente irmãos com idade inferior a 12 anos*” (E5), ganhou destaque especial, sendo valorizado por 62,5% da amostra.

Não poder ir à escola e a interrupção das atividades lúdicas surgem respetivamente em 25% e em 12,5% das respostas. O afastamento da sua casa e objetos pessoais é reconhecido por 25% da amostra como *stressor* no adolescente.

Tabela 5. Subcategoria: Fatores de *stress* relacionados com necessidades relacionais/sociais do adolescente em situação de internamento hospitalar

Indicadores	Enfermeiros (n=8)		Unidade de Registo (n=31)	
	F	%	F	%
Não poder ir à escola	2	25	2	6,45
Necessidade de conviver com os amigos	7	87,5	12	38,71
Necessidade de conviver com a família	7	87,5	7	22,58
Necessidade de conviver com os irmãos	5	62,5	7	22,58
Interrupção das atividades lúdicas	1	12,5	1	3,23
Separação da casa e objetos pessoais	2	25	2	6,45

Relativamente à segunda categoria “estratégias promotoras da gestão do *stress* no adolescente em situação de internamento hospitalar,” foram definidas quatro subcategorias relativas às estratégias que promovem a gestão do *stress* no adolescente, nomeadamente: Atitudes dos profissionais; Estratégias direcionadas para fatores de *stress* ambientais; Estratégias direcionadas para fatores de *stress* relacionados com os próprios adolescentes; e Estratégias direcionadas para fatores de *stress* relacionados com necessidades relacionais/sociais. Estas emergiram da análise de conteúdo dos questionários e serão apresentadas de seguida.

Quanto às atitudes dos profissionais, conforme se pode observar na Tabela 6, as que mais se salientaram (77,78%) relacionam-se com a transmissão de uma postura de disponibilidade, flexibilidade e acessibilidade, nomeadamente “*Mostrar disponibilidade para que o adolescente expresse as suas necessidades e medos*” (E8).

Ter a capacidade de identificar a perceção do adolescente sobre a situação, necessidades, medos e fatores de *stress* é considerada uma estratégia que promove a gestão do *stress* no adolescente, referidas por 33,33% da amostra. Foi referida a importância de “*falar sobre os medos dele e como lidar com eles*” (E7).

A utilização de estratégias comunicacionais específicas, adequadas ao estágio de desenvolvimento do adolescente foi referida por 22,22% dos enfermeiros.

Estar atento aos sentimentos do adolescente e a atribuição de um enfermeiro de referência ao adolescente foram estratégias com, respetivamente, 12,5% e 6,25% de frequência nas respostas.

Tabela 6. Subcategoria: Estratégias/attitudes dos profissionais

Indicadores	Enfermeiros (n=9)		Unidades de Registo (n=16)	
	F	%	F	%
Identificar a percepção do adolescente sobre a situação, necessidades, medos e fatores de <i>stress</i>	3	33,33	3	18,75
Utilizar estratégias comunicacionais específicas, adequadas ao estágio de desenvolvimento do adolescente	2	22,22	2	12,5
Transmitir uma postura de disponibilidade, flexibilidade e acessibilidade	7	77,78	8	50
Estar atento aos sentimentos do adolescente	2	22,22	2	12,5
Atribuição de um enfermeiro de referência	1	11,11	1	6,25

Foi identificada uma estratégia direcionada para os fatores de *stress* ambientais, pelos 4 enfermeiros que se referiram a esta estratégia. Foi reconhecida a importância da existência de uma sala de convívio com materiais didáticos adequados e dinamização de espaço com atividades lúdicas. Foi dada relevância ao “*Ambiente acolhedor com atividades dirigidas para a faixa etária*” (E6) e à importância de “*Ocupar os seus tempos livres com atividades*” (E9).

Na subcategoria seguinte, (Tabela 7), promover momentos de interação com o adolescente, despende de tempo para estar e conversar com o adolescente foi a estratégia considerada mais importante por 4 enfermeiros para atenuar os *stressores* relacionados com os próprios adolescentes, mencionando a necessidade de “*dedicar-lhes mais tempo e atenção*” (E9) e “*Promover um espaço de ensino, partilha e principalmente de escuta*” (E1).

Garantir a privacidade do adolescente foi uma das estratégias direcionadas para os fatores de *stress* relacionados com os próprios adolescentes que também foi destacada por alguns dos enfermeiros inquiridos.

Reconhecer, compreender e discutir os medos dos adolescentes durante o internamento corresponde a 18,18% das respostas fornecidas pela amostra (n=2).

A estratégia de explicar normas e procedimentos do internamento foi identificada apenas por uma enfermeira, que salientou a importância de “*Utilizar estratégias [para*

que] compreenda que mesmo as regras que existem fazem parte da nossa vida” (E2) para promover a gestão do *stress* no adolescente.

Tabela 7. Subcategoria: Estratégias direcionadas para os fatores de *stress* relacionados com os próprios adolescentes

Indicadores	Enfermeiros (n=5)		Unidades de registo (n=11)	
	F	%	F	%
Garantir a privacidade do adolescente	3	60	3	27,27
Explicar normas e procedimentos do internamento	1	20	1	9,09
Reconhecer, compreender e discutir os medos dos adolescentes	2	40	2	18,18
Promover momentos de interação com o adolescente, despendendo de tempo para estar e conversar com o adolescente	4	80	5	45,45

No grupo de estratégias direcionadas aos fatores de *stress* relacionados com necessidades relacionais/sociais do adolescente, foi descrita uma única estratégia, apenas por uma enfermeira. Foi identificada a importância de envolver os pais ou cuidadores nos cuidados ao adolescente.

No âmbito deste relatório, e particularmente em apêndice, não será apresentada a discussão dos resultados obtidos neste trabalho, mas sim uma conclusão geral tendo em conta o conjunto dos dados obtidos.

Conclusões gerais

A generalidade dos resultados obtidos demonstra a capacidade e sensibilidade da equipa de enfermagem na identificação dos fatores de *stress* do adolescente em situação do internamento hospitalar, bem como de algumas intervenções em resposta aos *stressores* identificados no sentido do desenvolvimento de estratégias de *coping*.

Foram identificados como **fatores de *stress* ambientais**: a existência de normas e procedimentos do internamento, as rotinas e horários rígidos, o impedimento de sair do serviço por parte do adolescente, o ambiente desconhecido e diferente do habitual, o quarto partilhado com outros adolescentes, a luminosidade e o ruído reconhecidos, e a falta de atividades para ocupar o tempo.

O *stressor* espaço físico pouco adequado ao grupo etário e necessidades dos adolescentes não foi valorizado. Contudo, tendo em consideração que a UIA está concebida para dar resposta às necessidades de crianças e jovens dos 8 aos 18 anos, existindo aspetos estruturais conceptualizados para atenuar a exposição a *stressores* ambientais, que poderão ser mais evidentes em outras unidades de internamento de pediatria, menos adaptadas a este grupo etário.

Foi identificada a **estratégia direcionada estes fatores**: a existência de uma sala de convívio com materiais didáticos adequados e dinamização do espaço com atividades lúdicas (Smith, 2004; Clift et al., 2007; Branco et al., 2009). O número reduzido de estratégias mencionadas pelos participantes pode dever-se à impossibilidade de flexibilizar as regras do internamento, em especial durante o período de recolha dos dados, em que estava implementado o plano de contingência. Contudo, há que reconhecer a necessidade de sensibilização da equipa para a implementação de estratégias dirigidas para os fatores de *stress* ambientais identificados anteriormente.

Foram identificados como fatores de *stress* relacionados com as atitudes dos profissionais: as atitudes autoritárias/imposição de regras, a falta de comunicação, empatia ou paciência por parte dos enfermeiros, a utilização de linguagem e termos técnicos pelos profissionais, e a ausência de negociação.

As **estratégias direcionadas a estes *stressores*** correspondem: à transmissão de uma postura de disponibilidade, flexibilidade e acessibilidade, à capacidade de identificar a perceção do adolescente sobre a situação, necessidades e medos e fatores de *stress*, à atenção aos sentimentos dos adolescentes, à utilização de estratégias

comunicacionais específicas, adequadas ao estágio de desenvolvimento, e à atribuição de um enfermeiro de referência. O método de trabalho por enfermeiro de referência é essencial na prestação de cuidados de grande nível de complexidade e na satisfação do adolescente (OE, 2011).

Foram 5 os **fatores de stress relacionados com os próprios adolescentes** identificados, nomeadamente: a falta de privacidade, as experiências anteriores de internamento hospitalar, a preocupação com a situação de saúde/doença, a alteração dos hábitos alimentares e a perda de controlo.

As **estratégias identificadas** para atenuar estes *stressores* foram: promover momentos de interação e despende de tempo para estar e conversar, garantir a privacidade do adolescente, reconhecer, compreender e discutir os medos dos adolescentes durante o internamento, e explicar normas e procedimentos.

Relativamente aos **fatores de stress relacionados com necessidades sociais e relacionais**, foram identificados: a necessidade de conviver com os amigos, familiares e irmãos, não poder ir à escola, a interrupção das atividades lúdicas e o afastamento da sua casa e objetos pessoais. Foi descrita uma **estratégia direcionada estes fatores**, nomeadamente a importância de envolver os pais ou cuidadores nos cuidados ao adolescente. A inexistência da identificação de mais estratégias foi inesperada, dada a capacidade dos participantes na identificação de fatores de *stress* relacionais/sociais.

Há a destacar a importância de sensibilizar a equipa de enfermagem para a implementação de estratégias que permitam o desenvolvimento da estratégia de *coping* de resolução de problemas, de acomodação e de autoconfiança (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008). Estas estratégias são essenciais na negociação da participação ativa do adolescente e a assunção do seu papel em saúde (Regulamento nº422/18, p. 19193).

O EEESIP necessita de focar a sua intervenção na interação entre o adolescente, a sua família e o meio onde se insere, considerando os fatores de *stress* potenciais ou reais e as estratégias de *coping* que o adolescente possui ou tem o potencial de desenvolver, promovendo o aumento dos fatores protetores perante a vivência do internamento hospitalar (OE, 2011). É indispensável a existência de uma relação dinâmica e flexível que promova a participação do adolescente no processo de decisão e a assunção dos seus papéis em saúde (Regulamento nº422/18). Torna-se evidente a importância do estabelecimento de estratégias que permitam minimizar o impacto destes *stressores*, sendo o EEESIP o profissional mais competente para o seu desenvolvimento e implementação (OE, 2011).

Referências bibliográficas:

Amado, J. (2000). A Técnica de Análise de Conteúdo. *Referência*, 5:53-63. Recuperado de https://rr.esenfc.pt/rr/index.php?module=rr&target=publicationDetails&pesquisa=&id_a_rtigo=2049&id_revista=5&id_edicao=20.

Abreu, M. & Azevedo, A. I. M. (2012). O adolescente hospitalizado numa unidade de adolescentes: como facilitar a transição? *Adolescência & Saúde*, 9 (3), 21-28. Recuperado de http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=327.

Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press, 1998). Recuperado de <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1994EHB.pdf>.

Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. São Paulo, Brasil: Edições 70.

Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: Perspectiva Desenvolvimentista*. Lisboa, Portugal: CLIMEPSI Editores.

Branco, A. M., Brito, M. A., Fonseca, S. R. & Ribeiro, S. (2009). Intervenção do enfermeiro junto do adolescente/família hospitalizado. *Enformação*, 14-17. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.17/786>.

Carvalho, M. D. R., Silva, J. M. T., Machado, M. T. M. C. S. & Rosa, A. G. S. (2016). Ansiedade em Adolescentes: Efeitos de um Programa de Preparação Psicológica para a Hospitalização. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (16), 19-26. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0153>.

Clift, L., Dampier, S. & Timmons, S. (2007). Adolescents' experiences of emergency admission to children's wards. *Journal of Child Health Care*, 11(3) 195–207. Recuperado de <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1367493507079561>. doi: 10.1177/1367493507079561

Figueiredo, A. M. S., Almeida, C. M. S, Santos, M. M. O. & Carneiro, C. F. (2015). Vivências dos adolescentes durante a hospitalização num serviço de pediatria. *Referência*. Série IV (6), 105-114. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-2832015000600012.

Raimundo, R. P. & Pinto, M. P. M. (2006). Stress e estratégias de coping em crianças e adolescentes em contexto escolar. *Aletheia*, (24), 9-19. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1150/115013462002.pdf>.

Serra, A. V. (2005). *O Stress na vida de todos os dias* (3ª ed.). Coimbra, Portugal: Adriano Vaz Serra.

Smith, S. (2004). Adolescent units - an evidence-based approach to quality nursing in adolescent care. *European Journal of Oncology Nursing*, 8, 20–29. Recuperado de https://ac.els-cdn.com/S1462388903000577/1-s2.0-S1462388903000577-main.pdf?_tid=1fb79618-0aa9-48b9-91f6-bf90074a36a6&acdnat=1520638418_6e6f306905a7ad1024784149f918ad37. doi: 10.1016/S1462-3889(03)00057-7

Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2008). Adolescents' coping with stress: development and diversity. *Prevention Researcher*, 15, 3-7. Recuperado de https://www.pdx.edu/sites/www.pdx.edu.psy/files/media_assets/7_Zimmer-Gembeck_Skinner_AdolCoping_PreventionResearcher.pdf.

Zimmer-Gembeck, M. J. & Skinner, E. A. (2011). The development of coping across childhood and adolescence: An integrative review and critique of research. *International Journal of Behavioral Development*, 35(1), 1–17. Recuperado de https://www.pdx.edu/sites/www.pdx.edu.psy/files/Zimmer-Gembeck%20&%20Skinner_Coping%20Review_%20IJBD_2011.pdf. doi: 10.1177/0165025410384923

**Apêndice XI. Registo da observação com recurso à *Checklist*
dos fatores de *stress* do adolescente internado na
UIA**

Nota Introdutória

Os *stressores* dependem de fatores pessoais e ambientais, podendo ser reais ou potenciais e ter um efeito protetor ou ameaçador (García & Pintor, 2012). Desta forma interessa conhecer e compreender quais os *stressores* a que os adolescentes estão expostos (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008; Seiffge-Krenke et al., 2009; Ryan-Wenger et al., 2012).

Como referido no apêndice anterior (Apêndice VIII) foi construído, tendo por base a literatura na área, um instrumento de observação e registo: uma *checklist* sobre os fatores de *stress* do adolescente internado, com o intuito de promover a reflexão e o consequente desenvolvimento de competências de EEESIP, especificamente sobre a temática do *stress* no adolescente em internamento hospitalar. Esta foi aplicada na UIA, tendo sido registadas vinte observações.

Após a realização dos registos, estes foram analisados, sendo os principais resultados apresentados em seguida.

Terminado o processo de observação e de preenchimento da *checklist*, os dados obtidos foram analisados, apresentando-se os principais resultados de seguida.

Apresentação de resultados do registo da *Checklist* dos fatores de *stress* do adolescente internado

Durante a interação com adolescente e família:

Presença de fatores de <i>stress</i> ambientais:	Sim	Não	Não aplicável
1. Internamento com rotinas e horários rígidos	16	4	
2. Normas e procedimentos do internamento (ex: regulamento de visitas e acompanhantes)	15	5	
3. Impedimento de sair do serviço, sentir-se fechado	14	6	
4. Ambiente estranho, austero e frio, pouco acolhedor		20	
5. Espaço físico pouco adequado ao grupo etário e necessidades do adolescente		20	
6. Ambiente com luminosidade excessiva	1	19	
7. Ambiente com ruído excessivo	4	16	
8. Falta de atividades para ocupar o tempo	13	7	
9. Presença de crianças ou adolescentes que acordam durante a noite a chorar	8	12	
10. Quarto partilhado com outras crianças ou adolescentes	16	4	
Presença de fatores de <i>stress</i> relacionados com o próprio adolescente:			
11. Falta de privacidade	1	19	
12. Tempo de espera prolongado para ser observado por um médico/enfermeiro ou para saber o diagnóstico/informações	2	18	
13. Necessidade de informação	10	10	
14. Preocupação com a situação de saúde/doença	13	7	
15. A qualidade do sono e do número de horas a dormir	9	11	
16. Alteração dos hábitos alimentares	12	8	
17. Alteração da imagem corporal	9	11	
18. Sentir dor ou desconforto	10	10	
19. Maior dependência em relação aos pais	12	8	
20. Perda de controlo	19	1	
21. Alterações no aproveitamento escolar	4	14	2
Presença de fatores de <i>stress</i> relacionados com necessidades relacionais/sociais:			
22. Não poder ir à escola	9	11	
23. Necessidade de conviver com os amigos	15	5	
24. Necessidade de conviver com a família	14	6	
25. Necessidade de conviver com os animais de estimação	4	16	
26. Interrupção das atividades lúdicas	13	7	
27. Separação da casa e objetos pessoais	13	7	

Após terminar a interação com adolescente e família:

Presença de fatores de <i>stress</i> ambientais:	Sim	Não	Não aplicável
1. Internamento com rotinas e horários rígidos	15	5	
2. Normas e procedimentos do internamento (ex: regulamento de visitas e acompanhantes)	15	5	
3. Impedimento de sair do serviço, sentir-se fechado	13	7	
4. Ambiente estranho, austero e frio, pouco acolhedor		20	
5. Espaço físico pouco adequado à faixa etária e necessidades do adolescente		20	
6. Ambiente com luminosidade excessiva	1	19	
7. Ambiente com ruído excessivo	2	18	
8. Falta de atividades para ocupar o tempo	11	9	
9. Presença de crianças ou adolescentes que acordam durante a noite a chorar	7	13	
10. Quarto partilhado com outras crianças ou adolescentes	15	5	
Presença de fatores de <i>stress</i> relacionados com o próprio adolescente:			
11. Falta de privacidade		20	
12. Tempo de espera prolongado para ser observado por um médico ou para saber o diagnóstico		20	
13. Necessidade de informação	1	19	
14. Preocupação com a situação de saúde/doença	8	12	
15. Alteração na qualidade do sono e no número de horas a dormir	8	12	
16. Alteração dos hábitos alimentares	10	10	
17. Alteração da imagem corporal	8	12	
18. Sentir dor ou desconforto		20	
19. Maior dependência em relação aos pais	12	8	
20. Perda de controlo	7	13	
21. Preocupação com o aproveitamento escolar	3	17	
Presença de fatores de <i>stress</i> relacionados com necessidades relacionais/sociais:			
22. Não poder ir à escola	6	14	
23. Necessidade de conviver com os amigos	12	8	
24. Necessidade de conviver com a família	13	7	
25. Necessidade de conviver com os animais de estimação	4	16	
26. Interrupção das atividades lúdicas	10	10	
27. Separação da casa e objetos pessoais	11	9	

Na construção deste instrumento foram definidas três dimensões de *stressores*, nomeadamente os fatores de *stress* ambientais, relacionados com os próprios adolescentes e com as necessidades relacionais/sociais.

Através da observação do contexto da interação entre o enfermeiro, o adolescente e sua família, os **fatores de *stress* ambientais** que se destacaram corresponderam às rotinas e horários rígidos do internamento e ao quarto ser partilhado com outras crianças ou adolescentes. Estes fatores de *stress* estiveram presentes em 16 dos 20 momentos de observação, correspondendo a 80% de prevalência. A imposição de horários rígidos, como a hora das refeições ou de acordar, aumenta o *stress* experienciado durante o internamento hospitalar (Clift et al., 2007; Figueiredo, Almeida, Santos & Carneiro, 2015; Carvalho, Silva, Machado & Rosa, 2016). Ao estar numa unidade de internamento hospitalar, o adolescente depara-se com um ambiente desconhecido e com pessoas estranhas, como outros jovens e profissionais, com os quais tem de conviver durante o internamento hospitalar (Norton-Westwood, Pearson & Robertson-Malt, 2011). Há a ressaltar que, na unidade de internamento, existe apenas um quarto individual, o que pode enviesar os resultados da observação, uma vez que a partilha de quarto com outros adolescentes é, forçosamente, necessária na gestão das vagas da unidade.

As normas e procedimentos do internamento, enquanto fatores de *stress*, estiveram presentes em 75% das observações (n=15). O regulamento das visitas, por exemplo, interfere com a necessidade de conviver com os amigos e família, sendo um *stressor* significativo (Abreu & Azevedo, 2012; Figueiredo et al., 2015). Estas normas e procedimentos podem interferir com a sensação de impedimento de sair do serviço por parte do adolescente, dada a diminuição do contato com o exterior. Este *stressor* foi observado em 70% (n=14) das observações realizadas.

A falta de atividades para ocupar o tempo foi, também, um *stressor* significativo, com 65% de prevalência. Esta faz com que os adolescentes se sintam aborrecidos e com mais tempo para pensar na sua doença e nos procedimentos associados, aumentando a sua ansiedade (Abreu & Azevedo, 2012; Clift et al., 2007).

Dada a necessidade logística da unidade de internamento manter quartos partilhados, a presença de crianças ou adolescentes que acordam durante a noite a chorar é um *stressor* relevante. A consequente interrupção do sono diminui a sua qualidade e o número de horas a dormir (Clift et al., 2007).

A luminosidade e ruído excessivo não foram fatores de *stress* significativos, provavelmente devido à existência de reguladores de intensidade das luzes e de condições físicas da unidade de internamento que atenuam a sua presença.

Não foi observável uma diminuição significativa destes fatores de *stress* ambientais após a interação do adolescente com o enfermeiro, sendo o *stressor* “falta de atividades para ocupar o tempo” reduzido de 65% (n=13) para 55% (n=11) e o fator de *stress* “ruído excessivo” reduzido para metade, de 20% (n=4) para 10% (n=2).

O *stressor* mais significativo **relacionado com os próprios adolescentes** corresponde à sensação de perda de controlo, sendo observado em 19 dos 20 momentos de observação (95%). Esta pode estar relacionada com o período de alteração dos hábitos, pela doença aguda ou crónica que motivou o internamento e pelo período de maior dependência a que corresponde o internamento hospitalar, que pode constituir uma interrupção no seu processo de desenvolvimento, dada a maior dificuldade em transitar de um estado de dependência para a sua independência (Smith, 2004). Através da interação do enfermeiro com o adolescente e sua família, foi significativa a redução deste *stressor*, permanecendo presente em 35%, uma diminuição de 60%. Aqui denota-se a importância da intervenção do enfermeiro junto do adolescente para o ajudar a desenvolver estratégias de gestão do seu *stress*.

A preocupação com a situação de saúde/doença esteve presente em 13 dos 20 momentos de aplicação da *checklist* (65%). Está frequentemente interligada ao *stressor* de perda de controlo e revela a necessidade de informação do adolescente, fundamental para atenuar a intensidade do *stress* que experiencia, dada a influência da avaliação primária para lidar com o *stress* (Abreu & Azevedo, 2012). A necessidade de informação foi observada em 50% (n=10). Ambos os *stressores* foram atenuados, tendo a preocupação com a situação de saúde/doença diminuído para 40% (n=8), uma redução de 25%, e a necessidade de informação diminuiu para 5% (n=1), uma redução de 45%.

A alteração dos hábitos alimentares e a maior dependência em relação aos pais tiveram uma prevalência de 60% (n= 12). A perda de controlo é um fator de *stress* que pode estar relacionado com o período de alteração dos hábitos e de maior dependência a que corresponde o internamento hospitalar. Estes *stressores* não foram atenuados através da intervenção do enfermeiro, observando-se a sua permanência no final da interação do enfermeiro com o adolescente e sua família.

A presença de dor ou desconforto ocorreu em 50% das observações. Durante o internamento hospitalar, os adolescentes estão expostos a situações adversas que podem ser dolorosas e invasivas (Clift et al., 2007; Figueiredo et al., 2015; Carvalho et al., 2016). Através da intervenção do enfermeiro, este *stressor* foi eliminado (n=0).

A alteração da imagem corporal, da qualidade de sono e no número de horas a dormir têm 45% de prevalência, não tendo sofrido alterações significativas no final da interação do adolescente e família com o enfermeiro. O desenvolvimento corporal do adolescente pode ser gerador de *stress*, na medida em que a alteração da constituição corporal e da imagem corporal causam insatisfação e *stress* na construção da sua identidade (Seiffge-Krenke et al., 2009).

Dada a necessidade logística de manter quartos partilhados, a presença de crianças ou adolescentes que acordam durante a noite a chorar é um *stressor* ambiental relevante que se interliga com o *stressor* pessoal da qualidade de sono.

A destacar que o fator de *stress* falta de privacidade não foi observado, provavelmente por esta ser uma preocupação da equipa de enfermagem, que tem especial atenção em garantir a privacidade do adolescente durante o internamento, com os recursos que tem disponíveis.

O fator de *stress* relacionado com necessidades relacionais/sociais mais significativo corresponde à necessidade de conviver com os amigos, presente em 75%. Foi reduzido para 60%, pouco significativo dada a importância deste *stressor* para o adolescente. Os adolescentes têm a necessidade de ser aceites pelo grupo de pares e de manter o contacto, sendo a necessidade de conviver com os amigos e a família um *stressor* na situação de internamento hospitalar (Abreu & Azevedo, 2012; Figueiredo et al., 2015; Smith, 2004). O fator de *stress* “necessidade de conviver com a família” foi observado em 14 dos 20 momentos registados (70%), não sendo este *stressor* atenuado através da intervenção do enfermeiro (65%).

A separação da casa e objetos pessoais e a interrupção das atividades lúdicas estiveram presentes como fonte de *stress* em 65%, e não poder ir à escola 45%. A intervenção do enfermeiro não foi significativa na sua redução. O afastamento de casa e objetos pessoais é reconhecido como fonte de *stress*, uma vez que se encontra separado do seu espaço habitual e de pessoas que poderão ajudá-lo a sentir-se mais seguro e tranquilo (Abreu & Azevedo, 2012; Figueiredo et al., 2015).

Não poder ir à escola e a interrupção das suas atividades, frequentemente realizadas em grupo, potencia a necessidade de conviver com os amigos. Estas privações são consideradas como prováveis *stressores* (Abreu & Azevedo, 2012; Figueiredo et al., 2015).

Todos os fatores de *stress* relacionados com necessidades relacionais/sociais tiveram uma prevalência superior a 45%, exceto a necessidade de conviver com os animais de estimação (n=4).

Referências Bibliográficas

Abreu, M. & Azevedo, A. I. M. (2012). O adolescente hospitalizado numa unidade de adolescentes: como facilitar a transição? *Adolescência & Saúde*, 9 (3), 21-28. Recuperado de

http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=327.

Carvalho, M. D. R., Silva, J. M. T., Machado, M. T. M. C. S. & Rosa, A. G. S. (2016). Ansiedade em Adolescentes: Efeitos de um Programa de Preparação Psicológica para a Hospitalização. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, (16), 19-26. Recuperado de <https://dx.doi.org/10.19131/rpesm.0153>.

Clift, L., Dampier, S. & Timmons, S. (2007). Adolescents' experiences of emergency admission to children's wards. *Journal of Child Health Care*, 11(3) 195–207. Recuperado de <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1367493507079561>. doi: 10.1177/1367493507079561

Figueiredo, A. M. S., Almeida, C. M. S., Santos, M. M. O. & Carneiro, C. F. (2015). Vivências dos adolescentes durante a hospitalização num serviço de pediatria. *Referência*. Série IV (6), 105-114. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-2832015000600012.

García, C. M. & Pintor, J. K. (2012). Stress, Coping and Adolescent Health. In Rice, V. H. (Ed.). *Handbook of stress, coping, and health: implications for nursing research, theory, and practice* (2ª ed., pp.254-306). Thousand Oaks, CA, USA: Sage Publications. Recuperado de <https://books.google.pt/books?id=TMVxBf10IHwC&pg=PA305&lpg=PA305&dq=Stress,+coping,+and+adolescent+health&source=bl&ots=vGWFTEN5ir&sig=jctPICyUPM01EmQlFjT3igJCyoQ&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwiQ68Lqhu3bAhUFO8AKHQXBFk4ChDoAQhcMAY#v=onepage&q=Stress%2C%20coping%2C%20and%20adolescent%20health&f=false>.

Norton-Westwood, D., Pearson, A. & Robertson-Malt, S. (2011). *The Ability of Environmental Healthcare Design Strategies to Impact Event Related Anxiety in Pediatric Patients: A Comprehensive Systematic Review*. Recuperado de http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.28.0a/ovidweb.cgi?&S=EMDAFPJMIEDDMFPINCFKAFFBGICFAA00&Link+Set=S.sh.40%7c1%7csl_190.

Ryan-Wenger, Wilson & Broussard (2012). Stress, Coping and Health in Children. In Rice, V. H. (Ed.). *Handbook of stress, coping, and health: implications for nursing research, theory, and practice* (2ª ed., pp. 226-253). Thousand Oaks, CA, USA: Sage Publications. Recuperado de <https://books.google.pt/books?id=TMVxBf10IHwC&pg=PA305&lpg=PA305&dq=Stress,+coping,+and+adolescent+health&source=bl&ots=vGWFTEN5ir&sig=jctPICyUPM01EmQlFjT3igJCyoQ&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwiQ68Lqhu3bAhUFO8AKHQXBFk4ChDoAQhcMAY#v=onepage&q=Stress%2C%20coping%2C%20and%20adolescent%20health&f=false>.

Seiffge-Krenke, I., Aunola, K. & Nurmi, J. (2009). Changes in Stress Perception and Coping During Adolescence: The Role of Situational and Personal Factors. *Child Development*, 80 (1), 259 – 279. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-8624.2008.01258.x/epdf>. doi: 10.1111/j.1467-8624.2008.01258.x

Smith, S. (2004). Adolescent units - an evidence-based approach to quality nursing in adolescent care. *European Journal of Oncology Nursing*, 8, 20–29. Recuperado de https://ac.els-cdn.com/S1462388903000577/1-s2.0-S1462388903000577-main.pdf?_tid=1fb79618-0aa9-48b9-91f6-bf90074a36a6&acdnat=1520638418_6e6f306905a7ad1024784149f918ad37. doi: 10.1016/S1462-3889(03)00057-7

Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2008). Adolescents' coping with stress: development and diversity. *Prevention Researcher*, 15, 3-7. Recuperado de https://www.pdx.edu/sites/www.pdx.edu/psy/files/media_assets/7_Zimmer-Gembeck_Skinner_AdolCoping_PreventionResearcher.pdf.

Apêndice XII. *Checklist* das estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover a gestão do *stress* no adolescente internado

Checklist das estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover a gestão do stress no adolescente internado

Os adolescentes são um grupo etário habitualmente saudável que recorre aos serviços de saúde, maioritariamente, em situações de doença aguda (Abreu & Azevedo, 2012).

Na adolescência os indivíduos são frequentemente expostos a novos fatores de *stress* com os quais ainda não lidaram e para os quais não desenvolveram estratégias de *coping*. Assim, os processos de *coping* são determinantes para o seu bem-estar psicológico (Raimundo & Pinto, 2006).

Da exposição ao *stress* podem advir resultados positivos ou negativos consoante a forma como os adolescentes lidam com as situações de *stress*, pois os erros, reveses e dificuldades são oportunidades de aprendizagem e desenvolvimento de estratégias de *coping* para situações futuras (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008). O internamento hospitalar pode, assim, ser uma oportunidade de aprendizagem e desenvolvimento, podendo adquirir competências de controlo da ansiedade, medo e dor, desenvolver estratégias de confronto e adquirir a perceção da autoeficácia (Bandura, 1988; Barros, 2003; Serra, 2005).

Ao ajudarmos o adolescente a melhorar ou desenvolver os seus mecanismos de *coping*, a forma como estes avaliam um *stressor* e reagem a este será mais positiva, promovendo-se resultados mais saudáveis da experiência vivida (García & Pintor, 2012). Auxiliar o adolescente a associar os resultados desejados ou indesejados decorrentes da utilização de estratégias de *coping* específicas, irá ajudá-los a gerir o *stress* que experienciam e a forma como se adaptam a este (Raimundo & Pinto, 2006; Ryan-Wenger, Wilson & Broussard, 2012).

Com o intuito de promover a reflexão e o consequente desenvolvimento de competências de EEESIP, especificamente sobre a temática do *stress* no adolescente em internamento hospitalar, foi construído, tendo por base a literatura na área, um instrumento de observação e registo: uma *checklist* sobre as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover a gestão do *stress* no adolescente internado.

Após consulta de literatura da área emergiram quatro dimensões de estratégias: relativas a atitudes dos profissionais, direccionadas para os fatores de *stress* ambientais, relacionados com os próprios adolescentes e para as necessidades relacionais/sociais.

Para identificar as estratégias utilizadas pelos enfermeiros recorri à observação do contexto e interação entre o enfermeiro, o adolescente e a sua família no contexto do

SUP e da UIA. Foi útil observar os contextos e a interação entre o enfermeiro, o adolescente e a família recorrendo à *checklist*. Esta teve como propósito registar aspetos relevantes da observação efetuada, não com a intenção de classificar práticas ou extrair conclusões, mas para promover uma observação mais atenta, focada e sistematizada, bem como permitir uma reflexão mais estruturada. Foram registadas dez observações no SUP durante a triagem e na UICD, e vinte observações na UIA.

Cada registo incidiu na identificação de estratégias pelo enfermeiro em dois momentos distintos da interação entre o enfermeiro, o adolescente e a sua família: antes do início da interação e durante a interação em si. Esta observação permitiu identificar que intervenções de enfermagem promoveram a gestão do *stress* pelo adolescente, nomeadamente as intervenções direcionadas diretamente para o adolescente, na dimensão das estratégias direcionadas para *stressores* relacionados com o próprio adolescente, e indiretamente através dos pais e da modificação do ambiente, nas dimensões ambientais, das necessidades relacionais/sociais e pelas características e atitudes da equipa de enfermagem ou do enfermeiro em particular. Estas facilitaram a gestão do *stress* do adolescente e ajudaram a atingir resultados positivos desta vivência (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008; Seiffge-Krenke, Aunola & Nurmi, 2009; Ryan-Wenger, Wilson & Broussard, 2012).

Referências Bibliográficas

Abreu, M. & Azevedo, A. I. M. (2012). O adolescente hospitalizado numa unidade de adolescentes: como facilitar a transição? *Adolescência & Saúde*, 9 (3), 21-28. Recuperado de http://www.adolescenciaesaude.com/detalhe_artigo.asp?id=327.

Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Encyclopedia of human behavior* (Vol. 4, pp. 71-81). New York: Academic Press. (Reprinted in H. Friedman [Ed.], *Encyclopedia of mental health*. San Diego: Academic Press, 1998). Recuperado de <https://www.uky.edu/~eushe2/Bandura/Bandura1994EHB.pdf>.

Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: Perspectiva Desenvolvimentista*. Lisboa, Portugal: CLIMEPSI Editores.

García, C. M. & Pintor, J. K. (2012). Stress, Coping and Adolescent Health. In Rice, V. H. (Ed.). *Handbook of stress, coping, and health: implications for nursing research, theory, and practice* (2ª ed., pp.254-306).

Raimundo, R. P. & Pinto, M. P. M. (2006). Stress e estratégias de coping em crianças e adolescentes em contexto escolar. *Aletheia*, (24), 9-19. Recuperado de <http://www.redalyc.org/pdf/1150/115013462002.pdf>.

Ryan-Wenger, Wilson & Broussard (2012). Stress, Coping and Health in Children. In Rice, V. H. (Ed.). *Handbook of stress, coping, and health: implications for nursing research, theory, and practice* (2ª ed., pp. 226-253). Thousand Oaks, CA, USA: Sage Publications. Recuperado de <https://books.google.pt/books?id=TMVxBfl0lHwC&pg=PA305&lpg=PA305&dq=Stress,+coping,+and+adolescent+health&source=bl&ots=vGWFTEN5ir&sig=jctPlCyUPM01EmQlFjT3igJCyoQ&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwiQ68Lqhu3bAhUFO8AKHQRBfk4ChDoAQhcMAY#v=onepage&q=Stress%2C%20coping%2C%20and%20adolescent%20health&f=false>.

Serra, A. V. (2005). *O Stress na vida de todos os dias* (3ª ed.). Coimbra, Portugal: Adriano Vaz Serra.

Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2008). Adolescents' coping with stress: development and diversity. *Prevention Researcher*, 15, 3-7. Recuperado de https://www.pdx.edu/sites/www.pdx.edu.psy/files/media_assets/7_Zimmer-Gembeck_Skinner_AdolCoping_PreventionResearcher.pdf.

Checklist de estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover a gestão do *stress* pelo adolescente internado

Local: _____ Turno: _____

Antes do enfermeiro estabelecer uma interação com o adolescente e a família:

Atitudes da equipa de enfermagem/ enfermeiro(a):	Sim	Não	Não aplicável
1. Identifica <i>stressors</i> do adolescente			
2. Possui conhecimento acerca das necessidades específicas e das estratégias de <i>coping</i> do adolescente			
3. Utiliza competências comunicacionais específicas, adequadas ao estágio de desenvolvimento do adolescente			
4. Transmite uma postura de disponibilidade, flexibilidade e acessibilidade			
5. Salvaguarda a privacidade do adolescente e família			
Intervenções de enfermagem relacionadas com fatores ambientais:			
6. Flexibilizar regras hospitalares			
7. Sala de convívio com materiais didáticos adequados e dinamização do espaço, com atividades lúdicas			
8. Garantir existência de espaços de laser e socialização, e espaços individuais/privados			
9. Garantir acesso a televisão, telefone e internet			
10. Adequar o nível de luminosidade			
11. Privilegiar luminosidade natural			
12. Reduzir o ruído, tipos e níveis de som			
13. Adaptar o quarto (centrado no adolescente e não no equipamento)			
14. Ponderar quarto partilhado vs quarto individual			

Durante a interação do enfermeiro com adolescente e família:

Atitudes da equipa de enfermagem/enfermeiro(a):	Sim	Não	Não aplicável
15. Identifica a perceção do adolescente sobre a situação, medos e fatores de <i>stress</i>			
16. Avalia necessidade de informação do adolescente e/ou família			
17. Utiliza um vocabulário e proximidade adequada à cultura e experiências do adolescente e sua família			
18. Transmite informação clara e adequada ao estágio de desenvolvimento do adolescente			
19. Respeito pela maturidade e compreensão dos adolescentes, solicitando o seu consentimento informado			
Intervenções de enfermagem relacionadas com fatores ambientais:			
20. Flexibilizar regras hospitalares			
21. Incentivar a utilização dos espaços de convívio			
22. Promover o acesso a áreas espirituais			
23. Reavaliar necessidade de quarto partilhado com outras crianças ou adolescentes			
Intervenções de enfermagem direcionados a fatores de <i>stress</i> relacionados com o próprio adolescente:			
24. Garantir a privacidade do adolescente e sua família			
25. Partilhar informação clara e adequada ao estágio de desenvolvimento do adolescente			
26. Explicar normas e procedimentos do internamento			

27. Explicar procedimentos técnicos			
28. Reconhecer, compreender e discutir os medos dos adolescentes			
29. Promover a reflexão do adolescente			
30. Promover o estabelecimento de objetivos			
31. Promover o planeamento da ação			
32. Respeitar as decisões dos adolescentes relativamente ao seu nível de participação nos cuidados			
33. Promover momentos de interação com os enfermeiros, despendendo tempo para estar e conversar com o adolescente			
34. Promover a distração cognitiva com pensamentos positivos e leitura			
35. Respeitar a necessidade de envolvimento e apoio dos pais			
36. Incentivar a participação nos cuidados, nomeadamente no processo de tomada de decisão			
37. Reavaliar a situação/problema com o adolescente sob uma perspetiva positiva, procurando um significado positivo da experiência			
38. Reforçar positivamente a imagem corporal do adolescente			
39. Utilizar estratégias farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor			
Intervenções de enfermagem dirigidas a fatores de stress relacionados com necessidades relacionais/sociais:			
40. Incentivar a manutenção do contacto com a escola			
41. Promover a interação com outros adolescentes			
42. Promover a interação com o grupo de pares			
43. Permitir a circulação dos adolescentes pelos corredores do hospital, ou deslocar-se com os pais			
44. Encorajar a permanência dos pais durante o internamento			
45. Reduzir a ansiedade dos pais			
46. Encorajar os pais a intervir junto do adolescente			
47. Permitir/promover acesso a espaços abertos/convívio e espaços privados, para os adolescentes interagirem entre si e com as famílias			
48. Incentivar a presença de objetos pessoais			

Observações/contexto da interação:

Apêndice XIII. Registo da observação com recurso à *Checklist* de estratégias para promover a gestão do *stress* no adolescente internado na UIA

Nota Introdutória

Na adolescência os indivíduos são frequentemente expostos a novos fatores de *stress* com os quais ainda não lidaram e para os quais não desenvolveram estratégias de *coping*. Assim, os processos de *coping* são determinantes para o seu bem-estar psicológico (Raimundo & Pinto, 2006).

O enfermeiro, sendo o profissional que tem maior contato com o adolescente e família nesta situação, constitui um elemento fundamental para ajudar o adolescente a gerir o *stress* e influenciar o modo como vivencia esta experiência (Branco, Brito Fonseca & Ribeiro, 2009). Importa assim identificar e estruturar intervenções de enfermagem que facilitem a gestão do *stress* do adolescente.

Como referido no apêndice anterior (Apêndice XII) foi construído, tendo por base a literatura na área, um instrumento de observação e registo: uma *checklist* sobre as estratégias utilizadas pelos enfermeiros para promover a gestão do *stress* no adolescente internado. uma *checklist* sobre os fatores de *stress* do adolescente internado, com o intuito de promover a reflexão e o consequente desenvolvimento de competências de EEESIP, especificamente sobre a temática do *stress* no adolescente em internamento hospitalar. Esta foi aplicada na UIA, tendo sido registadas vinte observações.

Terminado o processo de observação e de preenchimento da *checklist*, os dados recolhidos foram analisados, apresentando-se os principais resultados de seguida.

Apresentação dos principais resultados da *Checklist* de estratégias para promover a gestão do *stress* no adolescente internado

Antes de estabelecer uma interação com o adolescente e a família:

Atitudes da equipa de enfermagem/ enfermeiro(a):	Sim	Não	Não aplicável
1. Identifica <i>stressors</i> do adolescente	18	2	
2. Possui conhecimento acerca das necessidades específicas e das estratégias de <i>coping</i> do adolescente	16	4	
3. Utiliza competências comunicacionais específicas, adequadas ao estágio de desenvolvimento do adolescente	20		
4. Transmite uma postura de disponibilidade, flexibilidade e acessibilidade	20		
5. Salvaguarda a privacidade do adolescente e família	20		
Intervenções de enfermagem relacionadas com fatores ambientais:			
6. Flexibilizar regras hospitalares	4	16	
7. Sala de convívio com materiais didáticos adequados e dinamização do espaço, com atividades lúdicas	12	4	4
8. Garantir existência de espaços de lazer e socialização, e espaços individuais/privados	16		4
9. Garantir acesso a televisão, telefone e internet	20		
10. Adequar o nível de luminosidade	19	1	
11. Privilegiar a luminosidade natural	19		1
12. Reduzir o ruído, tipos e níveis de som	18	2	
13. Adaptar o quarto (centrado no adolescente e não no equipamento)	12	7	1
14. Ponderar quarto partilhado vs quarto individual	1	18	1

Durante a interação com adolescente e família:

Atitudes da equipa de enfermagem/enfermeiro(a):	Sim	Não	Não aplicável
15. Identifica a perceção do adolescente sobre a situação, medos e fatores de <i>stress</i>	19		1
16. Avalia necessidade de informação do adolescente e/ou família	19		1
17. Utiliza um vocabulário e proximidade adequada à cultura e experiências do adolescente e sua família	19		
18. Transmite informação clara e adequada ao estágio de desenvolvimento do adolescente	19		1
19. Respeito pela maturidade e compreensão dos adolescentes, solicitando o seu consentimento informado	11	8	1
Intervenções de enfermagem relacionadas com fatores ambientais:			
20. Flexibilizar regras hospitalares	4	15	1
21. Incentivar a utilização dos espaços de convívio	9	10	1

22. Promover o acesso a áreas espirituais		18	2
23. Reavaliar necessidade de quarto partilhado com outras crianças ou adolescentes	1	18	1
Intervenções de enfermagem direcionadas a fatores de stress relacionados com o próprio adolescente:			
24. Garantir a privacidade do adolescente e sua família	20		
25. Partilhar informação clara e adequada ao estágio de desenvolvimento do adolescente	20		
26. Explicar normas e procedimentos do internamento	16	1	3
27. Explicar procedimentos técnicos	14	1	5
28. Reconhecer, compreender e discutir os medos dos adolescentes	16	2	2
29. Promover a reflexão do adolescente	7	10	3
30. Promover o estabelecimento de objetivos	11	7	2
31. Promover o planeamento da ação	14	4	2
32. Respeitar as decisões dos adolescentes relativamente ao seu nível de participação nos cuidados	16		4
33. Promover momentos de interação com os enfermeiros, despendendo tempo para estar e conversar com o adolescente	11	9	
34. Promover a distração cognitiva com pensamentos positivos e leitura	13	7	
35. Respeitar a necessidade de envolvimento e apoio dos pais	16		4
36. Incentivar a participação nos cuidados, nomeadamente no processo de tomada de decisão	12	6	2
37. Reavaliar a situação/problema com o adolescente sob uma perspetiva positiva, procurando um significado positivo da experiência	7	11	2
38. Reforçar positivamente a imagem corporal do adolescente	5	13	2
39. Utilizar estratégias farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor	10	2	8
Intervenções de enfermagem dirigidas a fatores de stress relacionados com necessidades relacionais/sociais:			
40. Incentivar a manutenção do contacto com a escola		17	3
41. Promover a interação com outros adolescentes	10	9	1
42. Promover a interação com o grupo de pares	2	17	1
43. Permitir a circulação dos adolescentes pelos corredores do hospital, ou deslocar-se com os pais	4	14	2
44. Encorajar a permanência dos pais durante o internamento	15	2	3
45. Reduzir a ansiedade dos pais	14		6
46. Encorajar os pais a intervir junto do adolescente	15	2	3
47. Permitir/promover acesso a espaços abertos/convívio e espaços privados, para os adolescentes interagirem entre si e com as famílias	13	5	2
48. Incentivar a presença de objetos pessoais	19		1

Na construção deste instrumento foram definidas três dimensões de estratégias promotoras da gestão do *stress* no adolescente em internamento hospitalar, nomeadamente: relativas a atitudes dos profissionais, direcionadas para os fatores de *stress* ambientais, direcionadas para fatores de *stress* relacionados com os próprios adolescentes e com necessidades relacionais/sociais.

A observação da interação entre o enfermeiro, o adolescente e sua família permitiu identificar que intervenções de enfermagem promoveram a gestão do *stress* pelo adolescente, nomeadamente as intervenções direcionadas diretamente para o adolescente, na dimensão dos *stressores* pessoais, e indiretamente através dos pais e da modificação do ambiente, nas dimensões ambientais e relacionais/sociais, e pelas características e atitudes da equipa de enfermagem ou do enfermeiro em particular. Estas facilitaram a gestão do *stress* do adolescente e ajudaram a atingir resultados positivos desta vivência (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008; Seiffge-Krenke et al., 2009; Ryan-Wenger et al., 2012).

Através da observação do contexto da interação entre o enfermeiro, o adolescente e sua família, foi possível identificar a existência de **uma equipa de enfermagem** que identifica os *stressores* do adolescente (n=18, 90%), possui conhecimentos acerca das necessidades específicas e das estratégias de *coping* do adolescente (n=16, 80%), que utiliza competências comunicacionais específicas, adequadas ao estágio de desenvolvimento do adolescente (100%) e que transmite uma postura de disponibilidade, flexibilidade e acessibilidade (100%) desde o primeiro momento de contacto com o adolescente e sua família. Estas competências e atributos são essenciais para o estabelecimento de uma relação de confiança e honestidade com o adolescente e sua família, essencial no contexto de triagem dada a necessidade de informação precisa acerca do estado de saúde do adolescente (Smith, 2004; Branco et al., 2009;).

Contudo, há a destacar o cuidado em salvaguardar a privacidade do adolescente e sua família, observado em 100% dos momentos de observação.

Durante a interação com o adolescente e sua família, foi observada a presença de todos os itens da *checklist* na dimensão: atitudes da equipa de enfermagem ou do enfermeiro em particular. A equipa de enfermagem identifica a perceção do adolescente sobre a situação, medos e fatores de *stress* e avalia a necessidade de informação do adolescente e família. O vocabulário utilizado foi adequado à cultura e experiências do adolescente e sua família, o que permitiu a transmissão de informação clara e adequada ao estágio de desenvolvimento do adolescente (Smith, 2004; Clift et al., 2007; Branco et al., 2009; Regulamento nº 422/18).

Foi observado com menor prevalência o respeito pela maturidade e compreensão dos adolescentes, solicitando o seu consentimento informado, presente em 55% (n=11).

Relativamente a intervenções direcionadas para **fatores de *stress* ambientais**, denotaram-se limitações na sua implementação. Não foi relevante a flexibilização das regras hospitalares (n=4), a ponderação de quarto partilhado *versus* quarto individual (n=1), promover o acesso a

áreas espirituais (n=0). As intervenções de enfermagem para atenuar fatores de *stress* ambientais foram, maioritariamente realizados antes da interação com o adolescente, sendo observada a existência de espaços de lazer e socialização, e espaços privados (n=16), uma sala de convívio com materiais didáticos adequados e dinamização do espaço com atividades lúdicas (n=12), acesso a televisão, telefone e internet (n=20), bem como a adequação da luminosidade (n=19) e redução do ruído (n=18). Em pediatria o ambiente de cuidados é fulcral para uma experiência de hospitalização positiva, pois o simples fato do adolescente se encontrar num ambiente desconhecido é, por si só, fonte de *stress* e ansiedade (Norton-Westwood et al., 2011). A adaptação do quarto foi observada em 60% das observações.

Durante a interação entre enfermeiro, adolescente e família, foi observado apenas o incentivo à utilização de espaços de convívio (n=9, 45%).

Durante a interação com o adolescente e a sua família, a equipa de enfermagem realiza intervenções direcionadas **para os próprios adolescentes**, no sentido promover a gestão do seu *stress*. A destacar a garantia da privacidade do adolescente (100%), a partilha de informação clara e adequada ao estágio de desenvolvimento do adolescente (100%), explicando normas e procedimentos técnicos (n=16, 80%), e reconhecer, compreender e discutir os medos dos adolescentes (n=16, 80%). Estratégias de *coping* como a resolução de problemas e busca de informação, promovidas com as intervenções mencionadas, são associadas a uma vivência mais saudável com o *stress*, com maior competência e um funcionamento mais positivo perante uma situação futura (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008; Antoniazzi et al., 2009). Ao reconhecer e discutir com o adolescente os seus medos e dúvidas, o enfermeiro está a ajudar o adolescente a identificar a melhor estratégia de *coping* para a situação específica, capacitando-o para uma maior autonomia e autorregulação (Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008).

É também respeitada a necessidade de envolvimento dos pais (n=16, 80%), uma vez que se reconhece o internamento hospitalar como situação de *stress* significativa. Foi promovida, neste contexto, a estratégia de *coping* de procura de apoio, em específico de apoio emocional, denotando-se a continuidade de cuidados e a sua uniformização.

O adolescente foi incentivado a participar nos cuidados, nomeadamente no processo de tomada de decisão (n=12, 60%), e a sua decisão relativamente ao nível de participação nos cuidados foi respeitada (n=16, 80%). Foi aqui promovida a estratégia de *coping* de resolução de problemas e autoconfiança, negociando-se a “participação ativa do adolescente e a assunção do seu papel em saúde” (Regulamento nº422/18, p. 19193). A destacar a necessidade de sensibilizar a equipa para a importância de incentivar o adolescente a participar nos cuidados dado que, ao ser uma unidade de cuidados especializados a adolescentes, torna a observação desta estratégia em 60% das situações é um valor pouco satisfatório.

A promoção do estabelecimento de objetivos ocorreu em 55% das situações observadas (n=11), tendo sido promovida o desenvolvimento da estratégia de *coping* de negociação. A promoção do desenvolvimento desta estratégia de *coping* é importante, para dar resposta à necessidade básica de autonomia, promovendo-se um processo adaptativo para coordenar as preferências com as opções disponíveis (Skinner et al., 2003, Zimmer-Gembeck & Skinner, 2008; Ramos et al., 2015).

A estratégia de *coping* de resolução de problemas foi fomentada através do planeamento da ação (n=14, 70%) e, com menor frequência, da promoção da reflexão (n=7, 35%). Foi igualmente promovida através da reavaliação da situação/problema com o adolescente sob uma perspetiva positiva, procurando um significado positivo da experiência (n=7, 35%), promovendo-se em simultâneo a procura de apoio.

A existência de momentos de interação com os enfermeiros, nos quais se despendeu de tempo para estar e conversar com o adolescente (n=11, 55%), também contribui para fortalecer a estratégia de procura de apoio. A relação com os profissionais é valorizada pelos adolescentes e contribui para a sua satisfação durante o internamento, sentindo-se compreendidos e aceites (Smith, 2004; Figueiredo et al., 2015). A sensibilização da equipa para uma maior implementação desta intervenção é, assim, relevante.

Há ainda a destacar a promoção da estratégia de *coping* de acomodação através da distração cognitiva com pensamentos positivos e leitura (n=13, 65%), sendo fornecidos livros, jogos, puzzles entre outros.

Foram implementadas estratégias farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor (n=10, 50%) sempre que necessário, sendo a dor monitorizada, vigiada e registada e fornecidas cadeiras de rodas a adolescentes com dor durante a marcha, por exemplo.

A autoconfiança foi pouco fomentada, dado que a estratégia de reforçar positivamente a imagem corporal do adolescente foi observada em 25% das situações, sendo importante sensibilizar a equipa de enfermagem para a sua importância.

As intervenções de enfermagem dirigidas para os pais do adolescente tiveram como propósito **atenuar fatores de stress relacionados com necessidades relacionais/sociais** do adolescente. Ao respeitar a necessidade de permanência dos pais, o enfermeiro encorajou a sua permanência junto do adolescente (n=15, 75%). Denotou-se a preocupação em atenuar a ansiedade dos pais (n=14, 70%), transmitindo informação simples e adequada, confiança e segurança, para possibilitar a intervenção dos pais no alívio da ansiedade do adolescente. Foram ainda encorajados a intervir junto do adolescente (n=15, 75%). Apesar da sua necessidade de independência, durante a permanência no hospital o adolescente sente necessidade de um maior apoio familiar (Clift et al., 2007; Branco et al., 2009). Os profissionais de saúde devem apoiar os pais na sua contribuição para a resiliência do adolescente, ajudando-os a estabelecer objetivos

realistas para o seu filho e a proporcionar oportunidades para que estes os possam atingir (Ryan-Wenger et al., 2012).

O desenvolvimento da estratégia de *coping* de procura de apoio e distração foi promovido incentivando a presença de objetos pessoais (n=19, 95%), permitindo/promovendo o acesso a espaços de convívio e espaços privados, para os adolescentes interagirem entre si e com as famílias (65%), promovendo a interação com outros adolescentes (n=10, 50%) e, com menor expressão, foi promovida a interação com o grupo de pares (n=2, 10%).

A permissão da circulação dos adolescentes pelos corredores do hospital, ou deslocar-se com os pais foi pouco significativa (n=4, 20%). A reduzida aplicação desta intervenção pode estar relacionada com a pouca flexibilização das regras hospitalares, verificada anteriormente.

Tendo em consideração as particularidades e constrangimentos inerentes ao contexto da unidade de internamento, a equipa de enfermagem realizou um vasto leque de intervenções no sentido de promover a gestão do *stress* pelo adolescente. Apesar de algumas limitações na realização de intervenções no âmbito da prevenção secundária em particular nas questões relacionais/sociais, foram observadas intervenções com vista à prevenção primária, reduzindo fatores de risco e a exposição a *stressores* ambientais, e secundária, mobilizando recursos internos e externos do adolescente e promovendo o desenvolvimento e aquisição de estratégias de *coping* de procura de apoio, procura de informação, autoconfiança, acomodação e negociação – estratégias associadas a um resultado adaptativo positivo (Skinner et al., 2003; Folkman, 2011; Ramos et al., 2015).

Ao ajudarmos o adolescente a melhorar ou desenvolver os seus mecanismos de *coping*, a forma como estes avaliam um *stressor* e reagem a este será mais positiva, promovendo-se resultados mais saudáveis da experiência vivida (García & Pintor, 2012). Auxiliar o adolescente a associar os resultados desejados ou indesejados decorrentes da utilização de estratégias de *coping* específicas, irá ajudá-los a gerir o *stress* que experienciam e a forma como se adaptam a este (Raimundo & Pinto, 2006; Ryan-Wenger et al., 2012).

Referências Bibliográficas

Antoniazzi, A. S., Souza, L. K. & Hutz, C. S. (2009). Coping em situações específicas, bem-estar subjetivo e autoestima em adolescentes. *Revista Interinstitucional de Psicologia*, 2 (1), 34-42. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-82202009000100005&lng=pt&tlng=pt.

Branco, A. M., Brito, M. A., Fonseca, S. R. & Ribeiro, S. (2009). Intervenção do enfermeiro junto do adolescente/família hospitalizado. *Enformação*, 14-17. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.17/786>.

Clift, L., Dampier, S. & Timmons, S. (2007). Adolescents' experiences of emergency admission to children's wards. *Journal of Child Health Care*, 11(3) 195–207. Recuperado de <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1367493507079561>. doi: 10.1177/1367493507079561

Figueiredo, A. M. S., Almeida, C. M. S, Santos, M. M. O. & Carneiro, C. F. (2015). Vivências dos adolescentes durante a hospitalização num serviço de pediatria. *Referência. Série IV* (6), 105-114. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0874-2832015000600012.

Folkman, S. (2011). Stress, health, and coping overview. In S. Folkman (Ed.), *The Oxford handbook of stress, health, and coping* (p.3-11). New York, NY: Oxford University Press. Recuperado de https://books.google.pt/books?hl=pt-PT&lr=&id=nW0SDAAQBAJ&oi=fnd&pg=PA3&ots=iGb4eUkAD9&sig=G577Tr0rdXvQ7F0UDufoqG0tOpA&redir_esc=y#v=onepage&q&f=false.

García, C. M. & Pintor, J. K. (2012). Stress, Coping and Adolescent Health. In Rice, V. H. (Ed.). *Handbook of stress, coping, and health: implications for nursing research, theory, and practice* (2ª ed., pp.254-306). Thousand Oaks, CA, USA: Sage Publications. Recuperado de <https://books.google.pt/books?id=TMVxBf10IHwC&pg=PA305&lpg=PA305&dq=Stress,+coping,+and+adolescent+health&source=bl&ots=vGWFTEN5ir&sig=jctPICyUPM01EmQIFjT3igJCyoQ&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwiQ68Lqhu3bAhUFO8AKHQRXBfk4ChDoAQhcMAY#v=onepage&q=Stress%2C%20coping%2C%20and%20adolescent%20health&f=false>.

Norton-Westwood, D., Pearson, A. & Robertson-Malt, S. (2011). *The Ability of Environmental Healthcare Design Strategies to Impact Event Related Anxiety in Pediatric Patients: A Comprehensive Systematic Review*. Recuperado de http://ovidsp.tx.ovid.com/sp-3.28.0a/ovidweb.cgi?&S=EMDAFPJMIEDDMFPINCFKAFFBGICFAA00&Link+Set=S.sh.40%7c1%7csl_190.

Ramos, F. P., Enumo, S. R. F. & Paula, K. M. P. (2015). Teoria Motivacional do *Coping*: uma proposta desenvolvimentista de análise do enfrentamento do estresse. *Estudos de Psicologia*, 32 (2), 269-279. Recuperado de http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2015000200269&lng=pt&tlng=pt#B12.

Regulamento nº 422/18 de 12 de Julho. (2018). *Diário da República nº 133/18, II Série*. Ordem dos Enfermeiros. Lisboa, Portugal. Recuperado de <https://dre.pt/application/conteudo/115685379>.

Ryan-Wenger, Wilson & Broussard (2012). Stress, Coping and Health in Children. In Rice, V. H. (Ed.). *Handbook of stress, coping, and health: implications for nursing research, theory, and practice* (2ª ed., pp. 226-253). Thousand Oaks, CA, USA: Sage Publications. Recuperado de <https://books.google.pt/books?id=TMVxBfl0IHwC&pg=PA305&lpg=PA305&dq=Stress,+coping,+and+adolescent+health&source=bl&ots=vGWFTEN5ir&sig=jctPICyUPM01EmQIFjT3igJCyoQ&hl=pt-PT&sa=X&ved=0ahUKEwiQ68Lqhu3bAhUFO8AKHQRBfk4ChDoAQhcMAY#v=onepage&q=Stress%2C%20coping%2C%20and%20adolescent%20health&f=false>.

Seiffge-Krenke, I., Aunola, K. & Nurmi, J. (2009). Changes in Stress Perception and Coping During Adolescence: The Role of Situational and Personal Factors. *Child Development*, 80 (1), 259 – 279. Recuperado de <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1467-8624.2008.01258.x/epdf>. doi: 10.1111/j.1467-8624.2008.01258.x

Smith, S. (2004). Adolescent units - an evidence-based approach to quality nursing in adolescent care. *European Journal of Oncology Nursing*, 8, 20–29. Recuperado de https://ac.els-cdn.com/S1462388903000577/1-s2.0-S1462388903000577-main.pdf?_tid=1fb79618-0aa9-48b9-91f6-bf90074a36a6&acdnat=1520638418_6e6f306905a7ad1024784149f918ad37. doi: 10.1016/S1462-3889(03)00057-7

Skinner, E. A., Edge, K., Altman, J., & Sherwood, H. (2003). Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. *Psychological Bulletin*, 129 (2), 216-269. Recuperado de <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.458.1894&rep=rep1&type=pdf>.

Zimmer-Gembeck, M. J., & Skinner, E. A. (2008). Adolescents' coping with stress: development and diversity. *Prevention Researcher*, 15, 3-7. Recuperado de https://www.pdx.edu/sites/www.pdx.edu/psy/files/media_assets/7_Zimmer-Gembeck_Skinner_AdolCoping_PreventionResearcher.pdf.

**Apêndice XIV. Sessão de formação em contexto de trabalho na UIA:
“Promoção da gestão do *stress* no adolescente em situação de
internamento hospitalar: Um desafio para os enfermeiros”**

Promoção da gestão do *stress* no adolescente em situação de internamento hospitalar:

Um desafio para os enfermeiros

Ana Pinto, n.º 858

Prof.ª Doutora Maria da Graça Vinagre

Sumário

- Contextualização da problemática
- Objetivos gerais e específicos
- Apresentação de resultados:
 - Resultados dos questionários
 - Resultados das *checklists* de observação
 - Ideias-chave emergentes da dinâmica de grupo com adolescentes
- Conclusões
- Perspetivas de continuidade do projeto
- Referências bibliográficas

Contextualização da problemática



Objetivos Gerais e Específicos

Desenvolver estratégias de intervenção promotoras da gestão de *stress* do adolescente em internamento hospitalar:

- Identificar os fatores de *stress* dos adolescentes em situação de internamento hospitalar;
- Desenvolver intervenções de enfermagem promotoras da gestão do *stress* pelo adolescente.

Apresentação de resultados

Categoria	Sub-categoria	Enfermeiros (n=10)	
		F	%
Fatores de <i>stress</i> do adolescente em situação de internamento hospitalar	Fatores de <i>stress</i> ambientais	10	100
	Fatores de <i>stress</i> relacionados com atitudes dos profissionais	10	100
	Fatores de <i>stress</i> relacionados com os próprios adolescentes	10	100
	Fatores de <i>stress</i> relacionados com relacionais/sociais	8	80
Estratégias que promovem a gestão do <i>stress</i> no adolescente em situação de internamento hospitalar	Estratégias direcionadas para fatores de <i>stress</i> ambientais	4	40
	Atitudes dos profissionais	9	90
	Estratégias direcionadas para fatores de <i>stress</i> relacionados com o próprio adolescente	5	50
	Estratégias direcionadas para fatores de <i>stress</i> relacionais/sociais	1	10

Apresentação de resultados: Questionários

• Fatores de *stress* ambientais

Indicadores	Enfermeiros (n=10)		Unidade de registo (n=32)	
	F	%	F	%
Normas e procedimentos do serviço	5	50	9	28,12
Internamento com horários e rotinas rígidos	5	50	5	15,63
Ambiente estranho	4	40	4	12,5
Pessoas estranhas, desconhecidas	3	30	3	9,38
Ambiente com ruído excessivo	3	30	3	9,38
Quarto partilhado com outras crianças ou adolescentes	3	30	3	9,38
Ambiente com luminosidade excessiva	2	20	2	6,25
Espaço físico pouco adequado ao grupo etário e necessidades do adolescente	1	10	1	3,12
Impedimento de sair do serviço, sentir-se fechado	1	10	1	3,12
Falta de atividades para ocupar o tempo	1	10	1	3,12

Apresentação de resultados: Questionários

- Fatores de *stress* ambientais
 - A existência de normas e procedimentos do internamento: *“Regras de visita (2 visitas de cada vez, visitas têm de ter mais de 12 anos)”* (E7)
 - As rotinas do serviço: *“Perda da sua liberdade com horários e regras para cumprir”* (E9)
 - Ambiente estranho: *“Ambiente diferente do habitual”* (E5), *“Local desconhecido”* (E8)
 - Pessoas desconhecidas: *“Jovens e profissionais que não conhece”* (E5)

Apresentação de resultados

- Fatores de *stress* ambientais:

Questionários	Checklist	Mesa redonda
Normas e procedimentos do serviço	Impedimento de sair do serviço, sentir-se fechado	Espaço físico pouco adequado às necessidades dos adolescentes*
Internamento com horários e rotinas rígidos	Falta de atividades para ocupar o tempo	
Ambiente estranho	Presença de crianças ou adolescentes que acordam durante a noite a chorar	
Pessoas estranhas, desconhecidas		
Ambiente com ruído excessivo		
Quarto partilhado com outras crianças ou adolescentes		
Ambiente com luminosidade excessiva		

Apresentação de resultados: Questionários

- Fatores de *stress* relacionados com atitudes dos profissionais

Indicadores	Enfermeiros (n=10)		Unidade de registo (n=18)	
	F	%	F	%
Atitudes autoritárias/Imposição de regras	5	50	6	33,33
Falta de comunicação, empatia ou paciência	4	40	5	27,78
Ausência de negociação	3	30	3	16,67
Uso de linguagem e termos técnicos pelos profissionais	2	20	2	11,11
Falta de tempo	2	20	2	11,11

- Atitudes autoritárias: *“imposição de regras”* (E2), *“Hostilidade por parte dos profissionais”* (E5)
- Ausência de negociação com o adolescente: *“Pouca flexibilidade e cedência”* (E10)
- Falta de tempo: *“Falta de tempo por parte dos profissionais para comunicar com o adolescente e criar uma relação terapêutica”* (E7)

Apresentação de resultados: Questionários

- Fatores de *stress* relacionados com os próprios adolescentes

Indicadores	Enfermeiros (n=10)		Unidade de registo (n=25)	
	F	%	F	%
Falta de privacidade	7	70	10	40
Experiências anteriores de internamento hospitalar	2	20	2	8
Preocupação com a situação de saúde/doença	3	30	3	12
Alteração dos hábitos alimentares	2	20	2	8
Perda de controlo	5	50	6	24
Maior dependência em relação aos pais	1	10	1	4
Alterações no aproveitamento escolar	1	10	1	4

- Perda de controlo: "Em caso de dependência no autocuidado, a necessidade de ser uma enfermeira a prestar cuidados no leito" (E6)
- Preocupação com a situação de saúde/doença: "Incerteza quanto à natureza da evolução da doença" (E1)
- Experiências anteriores de internamento hospitalar: "Experiências negativas em situações anteriores de internamento" (E1)

Apresentação de Resultados

- Fatores de *stress* relacionados com os próprios adolescentes

Questionários	Checklist	Mesa redonda
Falta de privacidade	Necessidade de informação	Falta de privacidade
Perda de controlo	A qualidade do sono e do número de horas a dormir	Rapazes desvalorizam questões relacionadas com a qualidade do sono
Preocupação com a situação de saúde/doença	Alteração da imagem corporal	Preocupação com a imagem corporal
Alteração dos hábitos alimentares	Sentir dor ou desconforto	Sentir dor, medo de sentir dor
Experiências anteriores de internamento hospitalar		
Maior dependência em relação aos pais		
Alterações no aproveitamento escolar		

Apresentação resultados: Questionários

- Fatores de *stress* relacionados com necessidades relacionais/sociais

Indicadores	Enfermeiros (n=8)		Unidade de Registo (n=31)	
	F	%	F	%
Necessidade de conviver com os amigos	7	87,5	12	38,71
Necessidade de conviver com a família	7	87,5	7	22,58
Necessidade de conviver com os irmãos	5	62,5	7	22,58
Não poder ir à escola	2	25	2	6,45
Separação da casa e objetos pessoais	2	25	2	6,45
Interrupção das atividades lúdicas	1	12,5	1	3,23

- "A separação dos pares" (E8)
- "Separação dos familiares" (E1)
- Necessidade de conviver com os irmãos "especialmente irmãos com idade inferior a 12 anos" (E5)

Apresentação de resultados

- Fatores de *stress* relacionados com necessidades relacionais/sociais

Questionários	Checklist
Necessidade de conviver com os amigos	Separação da casa e objetos pessoais
Necessidade de conviver com a família	Interrupção das atividades lúdicas
Necessidade de conviver com os irmãos	
Não poder ir à escola	
Separação da casa e objetos pessoais	

Apresentação de resultados: Questionários

- Estratégias direcionadas para fatores de *stress* ambientais

Indicadores	Enfermeiros (n=4)		Unidades de Registo (n=4)	
	F	%	F	%
Sala de convívio com materiais didáticos adequados e dinamização do espaço com atividades lúdicas	4	100	4	100

- "Ambiente acolhedor com atividades dirigidas para a faixa etária" (E6)
- "Ocupar os seus tempos livres com atividades" (E9)

Apresentação de resultados

- Estratégias direcionadas para fatores de *stress* ambientais

Questionários	Checklist
Sala de convívio com materiais didáticos adequados e dinamização do espaço com atividades lúdicas	Garantir existência de espaços de lazer e socialização, e espaços individuais/privados
	Garantir acesso a televisão, telefone e internet
	Adequar o nível de luminosidade
	Privilegiar a luminosidade natural
	Reduzir o ruído, tipos e níveis de som
	Adaptar o quarto (centrado no adolescente e não no equipamento)
	Incentivar a utilização de espaços de convívio

Apresentação de resultados

- Estratégias direcionadas para fatores de *stress* ambientais

- A considerar:

- Flexibilização das regras hospitalares,
- Ponderar quarto partilhado *versus* quarto individual,
- Promover o acesso a áreas espirituais.

- Sugestões dos adolescentes:

- Remodelar as casas de banho,
- Aproveitar o espaço do “terraço” da sala de atividades.

Apresentação de resultados: Questionários

- Estratégias relacionadas com atitudes da equipa

Indicadores	Enfermeiros (n=9)		Unidades de Registo (n=16)	
	F	%	F	%
Transmitir uma postura de disponibilidade, flexibilidade e acessibilidade	7	77,78	8	50
Identificar a perceção do adolescente sobre a situação, necessidades, medos e fatores de <i>stress</i>	3	33,33	3	18,75
Utilizar estratégias comunicacionais específicas, adequadas ao estágio de desenvolvimento do adolescente	2	22,22	2	12,5
Estar atento aos sentimentos do adolescente	2	22,22	2	12,5
Atribuição de um enfermeiro de referência	1	11,11	1	6,25

- “Mostrar disponibilidade para que o adolescente expresse as suas necessidades e medos” (E8),

- Identificar a perceção do adolescente sobre a situação, necessidades, medos e fatores de *stress* “falar sobre os medos dele e como lidar com eles” (E7).

Apresentação de resultados

- Estratégias relacionadas com atitudes da equipa

Checklist
Identificar <i>stressors</i> do adolescente
Possuir conhecimento acerca das necessidades específicas e das estratégias de <i>coping</i> do adolescente
Salvaguardar a privacidade do adolescente e família
Avaliar necessidade de informação do adolescente e/ou família
Utilizar um vocabulário e proximidade adequada à cultura e experiências do adolescente e sua família
Transmite informação clara e adequada ao estágio de desenvolvimento do adolescente
Respeito pela maturidade e compreensão dos adolescentes, solicitando o seu consentimento informado

Apresentação de resultados: Questionários

- Estratégias direcionadas para fatores de *stress* relacionados com os próprios adolescentes

Indicadores	Enfermeiros (n=5)		Unidades de registo (n=11)	
	F	%	F	%
Promover momentos de interação com o adolescente, despendendo tempo para estar e conversar com o adolescente	4	80	5	45,45
Garantir a privacidade do adolescente	3	60	3	27,27
Reconhecer, compreender e discutir os medos dos adolescentes	2	40	2	18,18
Explicar normas e procedimentos do internamento	1	20	1	9,09

-“dedicar-lhes mais tempo e atenção” (E9).

-“Promover um espaço de ensino, partilha e principalmente de escuta” (E1).

Apresentação dos resultados

- Estratégias direcionadas para fatores de *stress* relacionados com o próprio adolescente

Checklist
Partilhar informação clara e adequada ao estágio de desenvolvimento do adolescente
Explicar normas e procedimentos do internamento
Explicar procedimentos técnicos
Promover o estabelecimento de objetivos
Promover o planeamento da ação
Respeitar as decisões dos adolescentes relativamente ao seu nível de participação nos cuidados
Promover a distração cognitiva com pensamentos positivos e leitura
Respeitar a necessidade de envolvimento e apoio dos pais
Incentivar a participação nos cuidados, nomeadamente no processo de tomada de decisão
Utilizar estratégias farmacológicas e não farmacológicas para o alívio da dor

Apresentação dos resultados

- Estratégias direcionadas para fatores de *stress* relacionados com o próprio adolescente

- A considerar:

- Promover a reflexão do adolescente
- Reavaliar a situação / problema com o adolescente sob uma perspetiva positiva, procurando um significado positivo da experiência
- Reforçar positivamente a imagem corporal do adolescente

Apresentação dos resultados: Questionários

- Estratégias direcionadas para fatores de *stress* relacionados com necessidades relacionais/ sociais

Questionários	Checklist
Encorajar os pais a intervir junto do adolescente	Encorajar a permanência dos pais durante o internamento
	Reduzir a ansiedade dos pais
	Permitir/promover acesso a espaços abertos/convívio e espaços privados, para os adolescentes interagirem entre si e com as famílias
	Incentivar a presença de objetos pessoais

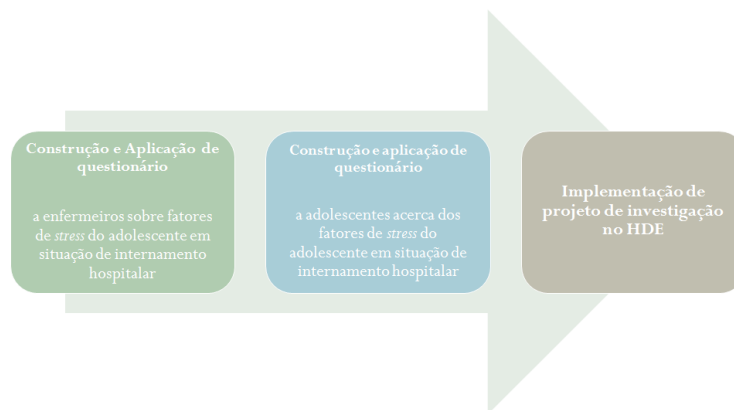
Apresentação dos resultados

- Estratégias direcionadas para fatores de *stress* relacionados com necessidades relacionais/ sociais
 - A considerar:
 - Incentivar a manutenção do contacto com a escola
 - Promover a interação com outros adolescentes
 - Promover a interação com o grupo de pares
 - Permitir a circulação dos adolescentes pelos corredores do hospital, ou deslocar-se com os pais

Conclusões

- A equipa de enfermagem:
 - realiza um vasto leque de intervenções no sentido de promover a gestão do *stress* pelo adolescente
 - realiza intervenções com vista à prevenção primária e secundária, promovendo o desenvolvimento e aquisição de estratégias de *coping* de procura de apoio, procura de informação, autoconfiança, acomodação e negociação
- Algumas limitações na identificação e realização de intervenções no âmbito da prevenção secundária em particular nas questões relacionais/ sociais

Perspetivas de continuidade do projeto



Sugestões dos adolescentes

- Ter uma atitude positiva e pensamentos positivos;
 - Saber que o internamento é uma situação temporária e saber que é para o nosso bem;
 - Distrair, ter visitas e criar novas amizades;
 - Fazer atividades que gostam;
 - Pedir informação.
-
- Remodelação das casas de banho;
 - Aproveitamento do espaço “terraço” da sala de atividades;
 - Aumentar o horário das visitas e permitir um maior número de pessoas.

Referências bibliográficas

- Barros, L. (2003). *Psicologia Pediátrica: Perspectiva Desenvolvimentista*. Lisboa, Portugal: CLIMEPSI Editores.
- Branco, A. M., Brito, M. A., Fonseca, S. R. & Ribeiro, S. (2009). Intervenção do enfermeiro junto do adolescente/família hospitalizado. *Enformação*, 14-17. Recuperado de <http://hdl.handle.net/10400.17/786>.
- Clift, L., Dampier, S. & Timmons, S. (2007). Adolescents' experiences of emergency admission to children's wards. *Journal of Child Health Care*, 11(3) 195–207. Recuperado de <http://journals.sagepub.com/doi/pdf/10.1177/1367493507079561>. doi: 10.1177/1367493507079561
- Smith, S. (2004). Adolescent units - an evidence-based approach to quality nursing in adolescent care. *European Journal of Oncology Nursing*, 8, 20–29. Recuperado de https://ac.els-cdn.com/S1462388903000577/1-s2.0-S1462388903000577-main.pdf?_tid=1fb79618-0aa9-48b9-91f6-bf90074a36a6&acdnat=1520638418_6e6f306905a7ad1024784149f918ad37. doi: 10.1016/S1462-3889(03)00057-7